



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Regina Paula Moita Esteves

**PARTILHA DE INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO
DE CUIDADOS:
DO DISCURSO À DOCUMENTAÇÃO NA TOMADA DE
DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde orientada pelo Professor Doutor António Fernando
Salgueiro Amaral e apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Regina Paula Moita Esteves

**Partilha de Informação na Transição de
Cuidados: do discurso à documentação na
tomada de decisão clínica em enfermagem**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo
Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral e apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra

Outubro de 2020

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral pela sua orientação, conduzindo este percurso, motivando e indicando caminhos capazes de fazer desta experiência uma aprendizagem contínua e enriquecedora.

À minha amiga, colega, enfermeira e Mestre Sandra Cunha por todo o apoio, palavras de incentivo, pertinência da crítica, orientação e tempo despendido. Foi indispensável para conseguir desenvolver este trabalho.

À família mais próxima, José Mota e Daniela Mota pelo estímulo, apoio e por compreenderem a minha ausência em muitos momentos.

À Enfermeira Chefe Margarida Pimenta pelo apoio, incentivo e por ter sempre contribuído com a elaboração do horário, de forma a ser possível frequentar as aulas e estudar.

Aos colegas do Serviço de Urgência que por estarem sempre prontos para ajudar, permitiram a gravação das Passagens de turno e contribuíram determinantemente para este estudo.

Às mães e pais participantes no estudo que prontamente consentiram a colheita de dados e que sem eles não seria possível acrescentar um pouco mais de conhecimento ao já existente.

À instituição CHUC-EPE por permitir a realização deste estudo.

A todos os outros que apoiaram e contribuíram de alguma forma.

Muito obrigada!

“Se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação”

(Figueiroa-Rego, 2003, p.39).

RESUMO

ENQUADRAMENTO: A informação clínica é um elemento indiscutível no âmbito da prestação de cuidados, sendo a qualidade da mesma influenciadora de uma prestação de cuidados de enfermagem segura e com continuidade. Os enfermeiros pesquisam e consomem dados clínicos por forma a que o planeamento da sua assistência acrescente valor para a pessoa, indo ao encontro das suas necessidades. A informação partilhada (oralmente nas transições de cuidados e documentada no processo clínico) deve aproximar-se do Modelo Exposto para a prestação de cuidados. Sabendo que a qualidade dos cuidados de enfermagem dependerá da qualidade da informação partilhada, a análise da mesma num contexto específico poderá contribuir para a obtenção de orientações para a construção de caminhos de desenvolvimento.

OBJECTIVO: Analisar a informação partilhada (oral e escrita) no âmbito da tomada de decisão clínica em enfermagem no serviço de urgência pediátrica, identificando paradigma emergente da conceção de cuidados.

MÉTODO: Optou-se por uma abordagem de ênfase qualitativa, através do estudo de caso, baseado em Yin (2010). Realizado num serviço de urgência pediátrico, envolvendo 31 crianças. Os dados foram colhidos através de três métodos: transcrição da passagem de turno, processo documentado e processo realizado pelo perito, procedendo-se a análise documental e de conteúdo segundo Bardin.

RESULTADOS: Os resultados mostram uma maior valorização de dados respeitantes a processos corporais não intencionais, sobretudo no âmbito da transmissão oral de informação aquando das transições de cuidados. A informação documentada nos processos clínicos evidencia maior detalhe no âmbito dos processos adaptativos (sobretudo dos pais), mas ainda incipiente para uma conceção estruturada e intencional da assistência de enfermagem. No âmbito da informação documentada, há alguma evidência de dados quanto ao Papel Parental, aspeto central no domínio de autonomia dos Enfermeiros, quase inexistente durante a transmissão oral.

CONCLUSÃO: O estudo evidencia um desfasamento entre a informação oral e escrita, traduzindo ainda uma prestação de cuidados com maior ênfase nos processos corporais, e, portanto, numa lógica mais executiva e menos conceptual. Constatou-se que a ausência de referenciais teóricos estruturados é um fator dificultador á elaboração de um plano de cuidados centrado nas respostas humanas, que vá para além da gestão de sinais e sintomas.

PALAVRAS CHAVE: Informação em enfermagem; passagem de turno; registos de enfermagem; continuidade de cuidados; teorias de enfermagem.

ABSTRACT

BACKGROUND: Clinical information is an indisputable element in the scope of care provision, the quality of which influences the provision of safe and continuous nursing care. Nurses' research and analyse clinical data so that care approach planning adds value to the individual, meeting their needs. The information shared (verbally in care transitions and documented in the clinical process) should be close to the Exposed Model for care delivery. Knowing that the quality of nursing care will depend on the quality of the information shared, its analysis in a specific context may contribute to obtaining guidelines for the construction of development paths.

OBJECTIVE: To analyse the shared information (verbal and written) in the context of nursing clinical decision-making within the paediatric emergency department by identifying the emerging paradigm of care design.

METHOD: A qualitative approach through case study analysis based on Yin (2010). Study performed in the paediatric emergency service involving 31 children. The data were collected using three methods: transcription of the change of shift, documented process and process performed by the expert; utilizing documentary and content analysis according to Bardin.

RESULTS: The results show a greater appreciation for data regarding involuntary bodily processes, particularly in the context of verbal transmission of information during care transitions. The information documented in clinical processes shows detail in the context of adaptive processes (especially from parents), but still incipient for a structured and intentional conception of nursing care. In the context of documented information there is some evidence regarding the Parental Role, a central aspect in the domain of nurses' autonomy, almost non-existent during verbal transmission.

CONCLUSION: The study shows a gap between verbal and written information, with a provision of care with greater emphasis on bodily processes, and therefore an executive and less conceptual logic. It was found that the absence of structured theoretical references is a complicating factor in the development of a care plan centred on human responses which goes beyond the management of signs and symptoms.

KEY WORDS: Nursing information; shift change; nursing records; continuity of care; nursing theories.

LISTAS DE SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

HPC - Hospital Pediátrico de Coimbra

ICN - International Council of Nurses

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

PT - Passagem de Turno

RE - Registos de Enfermagem

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SI - Sistemas de Informação

SIDE - Sistema de Informação e Desenvolvimento de Enfermagem

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

SU - Serviço de Urgência

TDAE - Teoria de Défice do Autocuidado de Enfermagem

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática das áreas temáticas em análise	42
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teoria das Transições de Meleis retirada da documentação de enfermagem	24
Tabela 2 - Teoria Enfermagem Déficit Autocuidado retirada da documentação de enfermagem..	25
Tabela 3 - Modelo Avaliação Familiar Calgary retirado da documentação de enfermagem.....	26
Tabela 4 - Modelo de Parceria de Cuidados Anne Casey retirado da documentação de enfermagem.....	27
Tabela 5 - Caracterização dos participantes do estudo	41
Tabela 6 - Resumo dos dados observados	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1 INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	7
1.1 INFORMAÇÃO DA PASSAGEM DE TURNO	9
1.2 INFORMAÇÃO REGISTADA/DOCUMENTADA	12
1.2.1 Sistemas de Informação em Enfermagem.....	12
1.2.2. Documentação de enfermagem.....	14
1.2.3 Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).....	16
1.3 INFORMAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....	20
2 TEORIAS DE ENFERMAGEM PARA TOMADA DE DECISÃO	22
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	29
3 METODOLOGIA	31
3.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	31
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	33
3.4.1 Informação Passagem de Turno.....	34
3.4.2 Informação Registada no Processo Clínico	34
3.4.3 Informação Produzida por Perito.....	34
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.6 QUESTÕES ÉTICAS	36
PARTE III - ENQUADRAMENTO EMPIRICO.....	39
4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	41
4.1 INFORMAÇÃO DA PASSAGEM DE TURNO	42
4.2 INFORMAÇÃO DOCUMENTADA/PROCESSO DE ENFERMAGEM	46
4.3 INFORMAÇÃO OMISSA.....	47
5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	51

CONCLUSÃO	65
LIMITAÇÕES.....	71
PROPOSTA DE MELHORIA	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	83
ANEXO I: Tabelas de Casos.....	85
ANEXO II: Parecer Da Comissão de Ética	117
ANEXO III: Autorização do Conselho de Administração do CHUC – EPE	119

INTRODUÇÃO

Atualmente é consensual a opinião de que a informação produzida pelos enfermeiros é importante para a governação em saúde, assim como, temos assistido a um aumento progressivo da consciencialização da relevância da mesma enquanto recurso essencial para a qualidade em Saúde.

Apesar dos enfermeiros constituírem o grupo profissional da área da saúde que mais informação produz, processa e utiliza, os dados indicam que nem sempre este processo é realizado da forma mais útil, necessária e apropriada para tornar visível o contributo da profissão para os resultados em saúde (Jesus & Sousa, 2011).

A informação produzida pelos enfermeiros torna públicas as áreas do exercício profissional sobre as quais estes tomam decisões. A nível hospitalar, a transmissão de informação entre diferentes prestadores é um processo crítico que permite assegurar a continuidade de cuidados e a segurança dos clientes (Giske et al, 2018).

Os momentos de transição entre os enfermeiros da mesma equipa, designados por passagem de turno (PT), ocorrem geralmente três vezes ao dia para cada cliente, transferindo-se a responsabilidade pelos cuidados em cada um destes momentos. Porém, a decisão sobre qual a informação a partilhar é um desafio para os profissionais, na medida em que, se em alguns casos os enfermeiros têm tendência para transmitir informação em excesso, noutros, partilham informação insuficiente, irrelevante e desnecessária, ou omitem aspetos importantes (Sousa, et al, 2019).

A qualidade da informação na transição de cuidados é um elemento fundamental para a continuidade de cuidados e, por conseguinte, para a garantia de bons resultados em saúde. Nesta medida, encara-se a qualidade da informação partilhada, relativamente aos doentes, como um aspeto para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Mota et al., 2014).

Tendo em conta este imperativo, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, aprovado pelo Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, estabelece no seu Objetivo Estratégico 2 (Aumentar a Segurança da Comunicação) que, a comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência

de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições em mudanças de turno, desempenhando neste contexto, as tecnologias de informação e comunicação, uma função estruturante fundamental, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.

Em conjunto, a transmissão oral da informação e o plano de cuidados, asseguram a continuidade de cuidados, creditada pela realização de um plano terapêutico proposto, garantindo um trabalho contínuo, com recurso à informação recolhida nos turnos anteriores e à efetivação do plano de cuidados (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2015a).

Não é possível dissociar a qualidade dos cuidados de enfermagem sem recorrer a um dos documentos estruturantes da profissão: os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Para este desígnio, constitui-se como elemento essencial a “existência de um quadro de referências para o exercício profissional” (OE, 2001).

A tomada de decisão clínica dos enfermeiros é subsidiada por Modelos e Teorias de Enfermagem que enformam o conhecimento específico da disciplina. Este conhecimento é vertido nos Sistemas de Informação (SI) em uso nos diferentes contextos e traduz a tomada de decisão clínica dos enfermeiros pelo Processo de Enfermagem.

Apesar do crescente interesse em utilizar a teoria para orientar a prática de enfermagem, as fragilidades inerentes a esse processo têm determinado avanços e recuos, com resultados que variam de acordo com os contextos da prática (Ribeiro et al., 2018).

Neste contexto, a análise da informação assume uma importância fundamental, pois permite a elaboração de um quadro da realidade que pode fazer emergir áreas de atuação que ainda se encontram apenas no domínio do exposto, evidenciando os resultados em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem (Azevedo, 2010).

Assim, partindo da reflexão sobre as práticas vivenciadas em contexto profissional, e assente nos pressupostos acima descritos, emergiu a questão central que justificou a escolha da área de investigação que se apresenta: **Qual o teor da informação partilhada na passagem de turno, a documentada no Sistema de Informação em Enfermagem (SIE), e, a necessária, para assegurar a continuidade de cuidados pelos enfermeiros do serviço de urgência?**

Assim foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar a informação valorizada pelos enfermeiros na transição de cuidados, e documentada no processo clínico, no serviço de urgência;
- Determinar se há diferenças entre o teor da informação oral e o teor da informação documentada no processo clínico, no serviço de urgência.
- Determinar a exaustividade da informação produzida face às necessidades de cada criança.

Considerando que a informação deve ser encarada como um recurso a ser gerido no âmbito da promoção e introdução de programas de melhoria contínua dos cuidados de saúde, nomeadamente os que se encontram na esfera da tomada de decisão em enfermagem, uma análise da informação partilhada permitirá retirar contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

De acordo com os objetivos elaborados para esta investigação, definiu-se como metodologia a utilizar na sua concretização, uma abordagem de ênfase qualitativa através do estudo de caso, Yin (2010).

A metodologia utilizada para a realização deste documento incluiu a análise documental da informação obtida: na passagem de turno, no processo documentado e da comparação com análise do perito. A análise da informação recolhida foi desenvolvida de acordo com a técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2014). Todos os procedimentos formais e éticos inerentes ao estudo foram considerados.

Este relatório encontra-se estruturado em três partes, sendo elas o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico e o enquadramento empírico. No enquadramento teórico realça-se a temática em análise. A segunda parte diz respeito às diferentes etapas da metodologia utilizada. Na terceira parte é efetuada a apresentação e análise dos dados obtidos, a discussão dos resultados as respetivas conclusões, limitações do estudo, propostas de melhoria e as referências bibliográficas.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

No contexto das sociedades atuais, a informação assume uma grande importância no âmbito da saúde, na medida em que as instituições necessitam dela para executar a sua missão e cumprir os objetivos a que se propõem.

Os enfermeiros, constituindo o maior grupo profissional da saúde, são, por conseguinte, aqueles que mais informação criam, processam e usam. Além disso, são os que têm maior proximidade com os doentes e deles detêm um conhecimento elevado, assim como, das suas famílias e/ou comunidades (Jesus & Sousa, 2012). Neste contexto, torna-se crucial a análise e reflexão sobre o conteúdo da informação partilhada.

A partilha de informação é um ponto central na prestação de cuidados, quando adequada é importante para garantir a continuidade de cuidados e a qualidade da assistência (Sousa et al., 2019).

Existem diferentes interpretações sobre o conceito informação, dependendo da área do saber onde é utilizado (Azevedo & Sousa, 2012). Assim, têm vindo a desenvolver-se esforços no sentido de encontrar uma definição orientadora para a enfermagem. Erdley (2005) realizou um estudo, no qual demonstrou tratar-se de um conceito essencial para a prestação de cuidados, no sentido em que a informação disponível influencia as ações dos enfermeiros. Este conceito depende do contexto em que os cuidados ocorrem, o que influencia o conteúdo e a interpretação da informação, que é de carácter individual.

Também Losee (1997), ao abordar esta questão, defendia a necessidade de encontrar uma definição que fosse independente das diferentes disciplinas. Para este autor, a informação informa sobre alguma coisa e pode ser definida como resultado de um processo de transformação de *inputs* em *outputs*. Estes processos são reversíveis, significando isto que “(...) podemos sempre pegar num *output* e, conhecendo a natureza do processo, voltar para trás até ao *input* que gerou aquele resultado” (Losee, 1997, p.5). Desta forma, “os processos acrescentam informação aos *inputs* ou dados de origem, sendo o *output* o resultado acumulado da informação sobre o *input* e sobre os processos” (Pereira, 2009, p. 33).

Ainda de acordo com Losee (1997), “a quantidade de informação num *output* de um processo está diretamente relacionada com a quantidade de informação que está disponível acerca do *input* e do processo em si mesmo” (p.11). Assim, em termos informacionais, “ (...) a qualidade da informação ou do conhecimento depende diretamente da qualidade dos dados que lhe estão na origem” (Pereira, 2009, p.33).

Podemos afirmar então que, a informação apresenta-se como um conjunto de dados, os quais, organizados num contexto útil e facultados atempadamente de forma adequada, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, permitindo uma maior habilidade para desenvolver determinada atividade ou decidir perante determinada situação (Sousa, 2006). O mesmo autor refere ainda que, no âmbito da partilha de informação em enfermagem, o valor da informação reside não só nos dados disponíveis, mas principalmente na sua interpretação (*idem*).

Desta forma, e de acordo com Sousa & Azevedo (2012, P. 115) “é a partir do timing de acesso, da disponibilização e da interpretação da informação, que se pode perceber o seu valor para aspetos como a tomada de decisão, a gestão de cuidados e a sua continuidade”.

A recolha e transformação dos dados em informação, assim como, da informação em conhecimento, constitui um grande desafio para os enfermeiros, observando e tentando minimizar as interferências que possam ocorrer (Sousa 2006). De acordo com Pereira (2009, p.34), os enfermeiros apresentam-se, atualmente, como trabalhadores do conhecimento, uma vez que “desenvolvem níveis assinaláveis de atividade cognitiva na análise de dados, na colocação desses dados em contexto, e ainda, no estabelecimento de relações entre os mesmos dados e o conhecimento que já está disponível, de forma a oferecer os melhores cuidados aos clientes”.

Quando introduzimos o conceito de relevância da informação, estamos, à partida, a admitir que, “(...) nem toda a informação produzida, processada e gerida na dinâmica dos cuidados tem a mesma importância, na perspetiva dos enfermeiros, para efeito de continuidade dos cuidados, sendo esta consequência do valor que lhe é atribuído” (Pereira 2001, p. 75).

A relevância da informação encontra-se diretamente dependente da percepção do utilizador final (enfermeiro), que é responsável pela tomada de decisão, considerando que a informação é de qualidade se ela for relevante para as suas necessidades. Assim, o valor da informação dependerá do potencial da sua utilização para produzir resultados (Sousa, 2006).

1.1 INFORMAÇÃO DA PASSAGEM DE TURNO

A passagem de turno ou passagem em enfermagem é um dos momentos privilegiados de partilha de informação entre enfermeiros. Desde Nightingale que se assume a importância da comunicação oral como fundamental à continuidade de cuidados (Cavaco & Sousa, 2013).

Numa transição de cuidados habituais, o tipo de transmissão de informação mais frequente é através da comunicação verbal, complementada com a escrita (Sexton et al., 2004);

De acordo com a Direção-Geral da Saúde - DGS (2017), a transição de cuidados de saúde é qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e a segurança dos mesmos. Desta forma, a transição de cuidados seguros baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz entre equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão de informação, as quais podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.

Embora haja controvérsias sobre a eficácia das práticas na transição de cuidados, alguns artigos destacam a importância da passagem de turno oral, referindo que não poderia ser substituído por qualquer outro método, porque a transferência é o único local onde se discute diferentes aspetos do cuidado de enfermagem (Scovell, 2010; Gordon & Findley, 2011). Ao contrário, outros estudos questionam a sua eficácia e relatam que não há necessidade de passagem de turno porque a maioria das informações discutidas encontra-se na documentação produzida, portanto, essa prática será apenas consumo de tempo (Manias & Street, 2000; Sexton et al., 2004).

Em geral, o objetivo da passagem de turno de enfermagem é a transferência de informações relevantes para continuidade de cuidados ao cliente; no entanto, não há acordo sobre seu conteúdo (Johnson et al., 2012). A DGS (2017) salienta que a passagem de turno deve ser centrada em informações sobre o estado do cliente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado de saúde significativas, descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à sua situação clínica.

Klim et al., (2013) reforçam a importância de ser transmitida informação chave sobre tratamentos realizados, observações relevantes de enfermagem e plano de cuidados. O momento da passagem de turno deve fornecer informação que facilite o processo de tomada de decisão do enfermeiro, esta informação relaciona-se com as necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes, assim como, do tratamento médico instituído. Estes autores, salientam ainda, a importância da transmissão de informação sobre sinais vitais, terapêutica realizada no serviço de urgência, assim como, a importância da transmissão de informação relativa a tratamentos que exigem maior vigilância. É recomendado fornecer informação sobre a evolução do cliente, plano de cuidados, prognóstico e alterações do estado clínico significativas, bem como o resultado dos exames complementares de diagnóstico (*idem*).

Segundo Johnson et al, (2007) a informação partilhada deve consistir na evolução do estado de saúde do cliente, o tratamento instituído, como também os efeitos adversos e complicações.

Por ser essencial à manutenção da continuidade, qualidade e planeamento dos cuidados, Lamond (2002) procurou compreender o processo de decisão e julgamento do enfermeiro durante a sua passagem de turno, tendo concluído que geralmente a informação transmitida, nesse momento, apresenta uma ordem específica, que confere uma estrutura ou esquema facilitador da transmissão de informação. O autor concluiu também que o enfermeiro tende a transmitir informação sumária acerca da condição da pessoa, por pressupor que o enfermeiro que recebe a informação fará uma associação cognitiva que permita concluir acerca das necessidades específicas dessa mesma pessoa, e assim, se tende a reduzir-se o tempo dispensado na passagem de turno. No mesmo sentido, ao comparar a informação contida nos registos escritos e na passagem de turno,

o autor verificou que a primeira é sempre mais completa e detalhada do que a segunda, que se justifica pelo facto dos registos escritos representarem um documento legalmente reconhecido. Curiosamente, o mesmo estudo revela que os dados psicossociais da pessoa são mencionados mais frequentemente na passagem de turno, do que nos registos escritos.

Para Ballard (2006), na passagem de turno é transmitida, quer informação formal, quer informação informal, contribuindo a informação informal, para uma visão mais holística dos doentes e para ajudar a compreender a sua situação.

Num estudo realizado na Grécia por Rikos et al., (2018), verificou-se que as informações da passagem de turno, em 81,8% dos casos, não se baseavam em diagnósticos de enfermagem e não eram consistentes com a melhor prática clínica. Refere ainda que, a maioria das passagens de turno se centravam em responder aos vários problemas biológicos e clínicos, ou nas necessidades dos doentes, negligenciando-se outros aspetos da assistência de enfermagem.

Efetivamente existem fatores que condicionam a qualidade do teor da informação partilhada. O trabalho de Hansten (2003) *apud* Dean (2009) enuncia que as diferenças verificadas na qualidade da informação transmitida na passagem de turno podem favorecer a eficiência do turno seguinte ou, por outro lado, podem atrasar os cuidados em cerca de 1 a 2 horas.

Klim et al., (2013) menciona que a transferência de informação pode ser exaustiva e inconsistente, podendo conduzir a um impacto negativo na continuidade dos cuidados.

Um estudo realizado com doentes pediátricos, concluiu que uma percentagem expressiva de transferência de informação continha mais do que um erro ou omissão, quer na área técnica e clínica, quer nos aspetos relacionados com a informação relevante sobre o doente ou dos seus cuidadores(Catchpole *et al.*, 2007).

A falta de precisão ou de consistência da informação que é transmitida é igualmente referida como uma importante barreira à qualidade da transição de cuidados. Nestas situações foi identificada disparidade entre o conteúdo verbal e linguagem não-verbal, assim como distrações que põem em risco a fiabilidade da informação a ser transmitida (Santos et al., 2010). Ainda no que diz respeito à comunicação na passagem de turno, têm

sido apontadas como barreiras, as permanentes interrupções e os ruídos frequentes, o que inviabiliza a clareza da informação a ser transmitida (Idem).

No processo de transição de cuidados, Stewart (2016), identificou falhas na comunicação, tais como: omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades, bem como a falta de uma metodologia de comunicação estandardizada.

Pelo exposto, a criação de ferramentas de comunicação padronizadas, pretende colmatar a lacuna identificada relativamente à falta de estrutura formal e linhas orientadoras, que ajudem o profissional a organizar a informação (Jorm, 2009). Deste modo, a DGS (2017) defende a utilização da técnica ISBAR - que consiste numa mnemónica simples, clara e concisa em que cada letra corresponde a uma etapa: I - identificação, S - situação atual, B - antecedentes, A - avaliação, R - recomendações; com o objetivo de promover a segurança do cliente na transição de cuidados, permitindo uma comunicação eficaz. Assim, para que a passagem de turno seja eficaz e vá ao encontro da melhoria dos cuidados e segurança do doente, esta deve seguir linhas orientadoras para que não ocorram omissões de dados ou ambiguidade dos mesmos.

De acordo com um estudo realizado por Randmaa et al., (2014), ficou demonstrado que o uso da metodologia ISBAR, diminui os eventos adversos relacionados com as falhas de comunicação durante os momentos de transição de cuidados de 31% para 11%, e que a ocorrência destes está associada à não compreensão, incorreta interpretação ou omissão de informação (Stewart, 2016).

1.2 INFORMAÇÃO REGISTADA/DOCUMENTADA

A importância dos registos resultantes do exercício profissional dos enfermeiros tem, nas últimas décadas, representado um desafio para a conceção e desenvolvimento dos SIE.

1.2.1 Sistemas de Informação em Enfermagem

Portugal encontra-se entre os países da União Europeia com maior utilização de sistemas de registos eletrónicos (Azevedo & Sousa, 2012).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes interrelacionados que colhem, processam, armazenam e distribuem

ainformação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (Marin, 2010).

Os SIE constituem uma parte integrante dos SIS, efetuando a análise, a formalização e a modelação dos processos de recolha e organização de dados fornecidos pelos registos de enfermagem e da transformação destes em informação e conhecimento, possibilitando a tomada de decisão baseada na evidência no conhecimento empírico e na experiência, com o intuito de promover um exercício profissional de excelência (Silva, 2006).

Para a OE (2007), o SIE deve garantir a produção automática de classificações de doentes para determinação de intensidade de cuidados, devendo ainda, desenvolver uma estrutura de partilha de informação e articulação interinstitucional, garantindo assim, a continuidade de cuidados e a qualidade nos mesmos.

Os mesmos autores referem ainda que os principais aspetos associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE são: a CIPE® como referencial de linguagem no SIE, a possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidades de cuidados, a articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada, a organização das intervenções de enfermagem a implementar, a integridade referencial entre diagnósticos, *status*, intervenções, dados da observação/vigilância, resultados face aos diagnósticos de enfermagem, e por fim, a capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem.

Neste sentido, os SIE podem acrescentar valor aos fluxos de informação, aumentando a qualidade dos cuidados a prestar, uma vez que, ao integrarem conhecimento baseado em evidência, disponibilizando algoritmos decisórios importantes para a excelência da prática clínica, constituem uma ferramenta de grande relevância no suporte à tomada de decisão (Jesus & Sousa, 2011). Contudo, é necessário ter em consideração a afirmação de Silva (2006, p.221) “importa salientar a preocupação de que não seja o SIE a impor a solução, mas antes, pela flexibilidade da estrutura dos dados, permitir diferentes visões promotoras do desenvolvimento das práticas”.

Os SIE devem ser concebidos à luz dos modelos conceptuais definidores da disciplina de enfermagem, modelos estes que norteiam as tomadas de decisão no contexto da prática clínica, sem que, no entanto, constituam um obstáculo ao desenvolvimento das práticas

de enfermagem. Desta forma, permitem dar resposta às necessidades de informação e documentação sentidas pelos enfermeiros, segundo o modelo conceptual utilizado, mas, contudo, devem ser percebidos como um instrumento que potencia a mudança, a evolução, a inovação, não apenas no contexto da prática clínica, mas também no desenvolvimento da própria disciplina de enfermagem (Silva, 2006).

Em suma, o desenvolvimento e utilização de SIE informatizados evidenciam,

vantagens ao nível da qualidade da informação (qualidade dos registos, mais informação registada, acesso rápido à informação), da qualidade dos cuidados (cumprimento de todas as etapas do processo de enfermagem, prática baseada na evidência, continuidade e integração de cuidados) e da visibilidade dos cuidados de enfermagem (Paula da Cunha et al., 2010, p.10).

1.2.2. Documentação de enfermagem

Florence Nightingale (1810-1920) foi pioneira ao enfatizar a importância da documentação de enfermagem, nomeadamente como forma de garantir a continuidade e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aliada à necessidade de produção de dados estatísticos para diferentes finalidades e utilização (Simões & Simões, 2007; Mota, 2010; Jesus & Sousa, 2011).

Para a OE, os registos de enfermagem são:

o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados (Conselho Jurisdicional, OE, 2005, p. 20).

Desta forma, os registos tornaram-se sinónimo dos próprios cuidados, pelo que um registo não efetuado significa uma intervenção não realizada. A ausência ou insuficiência de registos de enfermagem é indicador de cuidados de menor qualidade e da impossibilidade de avaliar os benefícios da profissão de enfermagem (Martins et al., 2008; Costa, Paz & Souza, 2010).

Como afirma Silva (2006, p.19)

Faz sentido relembrar que a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros para fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são produzidos a partir da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados.

Ressalta ainda que, os registos consistem em um importante meio de comunicação para a equipe, pois, além de indicar as ações realizadas, possibilita uma sequência na continuidade da assistência (Venturini & Marcon, 2008).

O enfermeiro é confrontado diariamente com a necessidade de “filtrar” para os registos a informação que julga pertinente, de entre a totalidade da informação (incomportável em termos de registos), recorrendo para isso ao seu juízo profissional. Este julgamento deverá socorrer-se de um raciocínio crítico que vise o máximo de objetividade (Teixeira & Cardoso, 2003). Os registos de enfermagem devem refletir o pensamento crítico do enfermeiro, sustentando a tomada de decisão relativa aos cuidados planeados, devendo descrever todos os problemas que o utente apresenta, as intervenções de enfermagem que com este foram acordadas e efetuadas, assim como os resultados alcançados. Perante um problema que mantém a necessidade de cuidados em enfermagem, deve ficar demonstrada a reavaliação da situação clínica do utente, assim como, quais as intervenções adicionais que foram implementadas, até que o problema se encontre resolvido (Jesus & Sousa, 2011).

Desta forma, os registos de enfermagem revestem-se da maior importância, apresentando diversas finalidades, tais como o suporte a questões de natureza ética e legal, o apoio no processo de tomada de decisão clínica, a partilha de informação, permitindo assegurar a continuidade de cuidados e a avaliação da qualidade dos mesmos (tanto a nível individual, como coletivo), contribuindo de forma circunstancial para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores essenciais para a tomada de decisão política (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Jesus & Sousa, 2011).

Apesar de ser bem visível a relevância da documentação, encontramos na literatura estudos onde se concluiu haver omissões nos registos de enfermagem. Estas omissões são justificadas pelos respetivos profissionais, como sendo devidas à escassez de profissionais, de tempo, de organização e o tipo de impresso para registo (Pimpão et al., 2010; Franco et al., 2012).

Na sequência de um estudo documental dos registos contidos nos processos clínicos de utentes internados em unidade de cuidados intensivos Matsuda et al., (2006), concluíram que a documentação analisada não refletia a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos e as respostas dos utentes a esses mesmos cuidados e não fornecia os dados

necessários capazes de facilitar o processo de cuidados ao utente de maneira global, individualizada e contínua.

Para Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, (2003) e Ochoa-Vigo et al., (2001), os registos relatam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos.

Em Portugal, utilizando a CIPE® como modelo de análise, os investigadores concluíram que os enfermeiros focaram a atenção essencialmente na área da “*função*” o que poderá denotar uma sobrevalorização dos aspetos fisiológicos, o que está mais de acordo com o modelo biomédico. A dimensão da “*pessoa*” sobressaiu pouco nos registos de enfermagem (Silva, 2006; Sousa, 2006; Azevedo, 2010; Silvestre, 2012).

A linguagem classificada é para este estudo um tema central, uma vez que se refere ao conteúdo do que será documentado.

Nas últimas décadas, surgiram algumas classificações com o intuito de padronizar uma taxonomia de diagnósticos, intervenções e resultados utilizados pelos enfermeiros, tais como: a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), e mais recentemente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que iremos descrever.

1.2.3 Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi a classificação selecionada pelo facto de, até aquele momento, não existir tradição na utilização de classificações formais que incluíssem os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem: diagnóstico, intervenção e resultado (Silva 2006; Pereira, 2009).

Para Jesus e Sousa (2011), a CIPE permite partilhar dados (através dos seu códigos e significados), em particular aqueles que se referem à dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, a CIPE é um instrumento de informação para descrever a tomada de decisão em enfermagem representando a complexidade dos

diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que suportam essa tomada de decisão.

A utilização da CIPE como linguagem comum alcançou o consenso internacional em 2005, sendo proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para integrar o grupo de classificações aprovadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e a nível nacional, sendo considerada pela Ordem dos Enfermeiros como referencial de linguagem obrigatório na implementação dos SIE (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Vários estudos, reuniões e congressos têm sido realizados em várias partes do mundo, com o intuito de aperfeiçoar este sistema de classificação, contudo, vamos-nos centrar na versão Beta 2, uma vez que, é esta a versão em uso na instituição onde se desenvolve o estudo. A arquitetura da CIPE, versão Beta 2, consiste numa classificação multiaxial e poli-hierárquica de fenómenos de Enfermagem e de ações de enfermagem, que facilita a expressão de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem (International Council Nurses - ICN, 2011).

Desta forma, para melhor compreensão passamos a descrever como são definidos atualmente, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem:

Um diagnóstico de enfermagem é a “designação atribuída à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem” (ICN, 2002 p.xv). Este diagnóstico deve incluir um eixo do foco da prática de enfermagem, um eixo de juízo ou eixo de probabilidade. Sendo o recurso a outros eixos, opcional. Assim, os conceitos existentes nos eixos da classificação dos fenómenos são o ponto de partida para a elaboração de um diagnóstico, sendo importante defini-los para uma melhor compressão.

São eles:

- *“Foco da prática de enfermagem - área de atenção da prática profissional, exemplo, insegurança, dor;*
- *Juízo- determinação sobre o estado de um fenómeno, revela a intensidade ou grau de manifestação, exemplo, não adequado, alterado, comprometido;*
- *Frequência - número de ocorrências do fenómeno, como por exemplo, contínuo, intermitente; - Duração – intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno (agudo, crónico);*
- *Topologia – região anatómica em que ocorre o fenómeno de enfermagem (esquerdo, direito); - Localização Anatómica – posição ou localização no organismo do fenómeno de enfermagem (dorso, face);*
- *Probabilidade - possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem (risco de);*

- *Portador - entidade relativamente à qual se reporta o fenómeno (indivíduo ou grupo)*” (ICN,2002, p. xvi).

A arquitetura dos fenómenos de enfermagem, no primeiro nível, é dividida nos termos *Ser Humano e Ambiente*, o que significa que, os enfermeiros podem “*focalizar a sua atenção nas pessoas, isoladamente ou em grupos, com problemas de carácter físico ou de outra natureza, mas também têm um papel sobre o ambiente, que deve ser cada vez mais valorizado como influenciando grandemente a saúde e o bem-estar*” (Leal, 2006 p. 113).

De acordo com o mesmo autor e sobre o termo *Ser Humano*, foram classificados os focos correspondentes ao Indivíduo, subdivididos posteriormente em *Função e Pessoa*, e os focos relacionados ao Grupo que inclui os conceitos de *Família e Comunidade*. Enquanto a subdivisão *Função* é definida como um processo não intencional e inclui as funções vitais e outras funções orgânicas, a subdivisão *Pessoa* diz respeito ao indivíduo como agente intencional e envolve as motivações e os modos comportamentais. Subordinados ao termo *Ambiente* surgem fenómenos relacionados com a *Natureza e Ambiente Artificial* (Leal, 2006 p. 113).

Após a definição de diagnóstico torna-se relevante definir *Intervenção de Enfermagem*, que é a “*ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem*” (ICN, 2002 p.xix). Assim, a intervenção de enfermagem é composta por um termo do eixo do tipo de ação, sendo opcional o recurso a outros termos. O tipo de ação reporta-se às realizações levadas à prática por uma ação de enfermagem (monitorizar, vigiar, avaliar, otimizar, executar). Pode também haver referência à localização anatómica ou a recursos utilizados para executar essa intervenção. São exemplo de intervenções de enfermagem: monitorizar frequência cardíaca, otimizar dispositivos respiratórios, avaliar capacidade da(o) mãe/do pai em tomar conta. Os eixos da classificação das ações de enfermagem são definidos como:

- *Tipo de ação: realizações levadas à prática por uma ação de enfermagem (ensinar, monitorizar);*

- *Alvo: entidade que é afetada ou confere conteúdo à ação de enfermagem (dor, lactente);*

- *Recursos: entidade usada no desempenho da ação de enfermagem. Inclui os instrumentos ou ferramentas utilizadas no desempenho da ação de enfermagem e os serviços, ou seja, trabalho ou planos específicos usados ao executar a ação (ligaduras, técnica de treino vesical, radioterapia);*

- *Tempo: orientação temporal de uma ação de enfermagem (...) (na alta, intraoperatório, pré-natal);*

- *Topologia: região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem (esquerdo, total);*

- *Localização: orientação anatómica e espacial de uma ação de enfermagem (cabeça, braço);*

- *Via: trajeto através do qual se realiza uma ação de enfermagem (oral, subcutânea);*

- *Beneficiário: entidade a favor da qual a ação de enfermagem é realizada (indivíduo, grupo)(ICN 2002, p. xx).*

O primeiro nível da arquitetura das ações de enfermagem, e no que respeita ao tipo de ação, é dividido em: observar, gerir, executar, atender e informar.

Os resultados de enfermagem são a “medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem” (ICN 2002, p. xvii). Estes recorrem aos termos constantes na classificação dos fenómenos para descrever os resultados relacionados com os diagnósticos de Enfermagem realçando, deste modo, o papel específico dos enfermeiros na consecução de resultados (ICN, 2002).

As orientações para a composição de um resultado de Enfermagem devem: incluir um termo do eixo do foco; incluir um termo do eixo do juízo ou do eixo da probabilidade; o recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico é opcional; somente um termo de cada eixo pode ser utilizado para a construção de um diagnóstico; deve ser estabelecido num ponto no tempo, após ter sido realizada uma intervenção (ICN, 2002).

Realçar apenas que a CIPE, proporcionou no contexto das equipas o centrar da análise das práticas profissionais organizadoras do conhecimento formal da profissão em torno de focos de atenção da prática na vertente autónoma.

Ao pensarmos nos dados que resultam da documentação de enfermagem, enquanto matéria-prima, emergem algumas questões relativas à sua qualidade. A existência de dados em abundância não garante, desde logo, a possibilidade de estes serem utilizados de forma ágil, sistemática, regular e em larga escala. Neste sentido, urge consolidar alguns requisitos que facilitam a gestão da informação. Os desenvolvimentos verificados nos últimos anos no âmbito dos Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) surgem como um discurso de resposta às questões relativas aos processos de agregação e gestão dos dados de enfermagem.

O RMDE é “o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley et al 1991 *apud* OE, 2007, p.1). Estes constituem uma parte dos conteúdos dos

Sistemas de Informação “recolhida, analisada e interpretada com sistemática e regularidade, e que visa responder às necessidades específicas de informação em enfermagem de múltiplos utilizadores” (Pereira, 2009, p.45). As estratégias de gestão dos dados que resultam da implementação de um RMDE enfatizam a produção de sínteses informativas, sob a forma de indicadores, que promovam a qualidade dos cuidados (Pereira, 2009).

1.3 INFORMAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A continuidade nos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

O conceito de continuidade é entendido de forma diferente pelos diversos prestadores de cuidados de saúde. Neste sentido, a Reid et al., (2002); Haggerty et al (2003) procuraram um entendimento comum e propõem diferentes tipos de continuidade: a continuidade informacional, a continuidade relacional e a continuidade na administração dos cuidados, que se constituem como elementos essenciais para a qualidade dos cuidados.

Para o nosso estudo a tónica assenta na continuidade informacional, que segundo Reid et al., (2002), consiste na utilização de informação acerca de eventos e circunstâncias anteriores, de forma a garantir cuidados apropriados à condição individual dos clientes, constituindo o elo que promove a ligação da prestação de cuidados entre os diferentes profissionais e a relação entre eventos de saúde anteriores com os atuais, de forma a possibilitar a adaptação dos cuidados às atuais necessidades dos clientes. Ainda segundo os mesmos autores, a avaliação informacional pode ser dividida em 2 tipos: a avaliação relativa à transferência de informação entre quem presta cuidados, e a que diz respeito à aquisição e utilização dessa informação para cuidados subsequentes.

Segundo Pereira (2001, p.34) a continuidade de cuidados pode definir-se como,

...um atributo do processo de assistência relativo à dimensão em que os sucessivos comportamentos, no caso dos enfermeiros, mantêm uma linha de tendência, que visa atingir os objetivos, implícitos ou declarados, para os cuidados ao longo do internamento.

Podemos então afirmar que o termo continuidade se refere à existência, disponibilidade e troca de informação relevante, acerca da situação concreta de cada doente, entre os enfermeiros, ao longo dos diferentes turnos (Pereira, 2001). Quando a continuidade não está assegurada, diversos efeitos não desejáveis podem ser esperados quer para o cliente

(atrasos nos cuidados necessários, insatisfação) quer para o profissional de saúde (utilização inadequada de tempo, duplicação de serviço, insatisfação).

A quantidade de informação gerada e processada nos cuidados de enfermagem é demasiada para que os enfermeiros sejam capazes de a reter, adequadamente e na totalidade, nas estruturas de memória. Nesta medida, é necessário recorrer a sistemas de informação e documentação que promovam a continuidade nos cuidados e por inerência, a sua qualidade, assegurando que as reais necessidades de cuidados são garantidas (*Idem*).

Para efeitos da continuidade de cuidados, os enfermeiros recorrem a outros repositórios de informação, nomeadamente às notas pessoais, às estruturas de memória e à passagem de turno, onde por excelência se partilha informação relevante sobre a condição de saúde dos clientes (*Ibidem*).

As notas pessoais têm sido referidas na literatura como meio de registo de informação importante, e das quais os enfermeiros fazem uso para a transmissão de informação durante a passagem de turno (*Idem*). No entanto, essa informação é apenas para uso individual e não é documentada, o que segundo Dowding (2001), poderá não ser o mais aconselhável, uma vez que existem limitações em reter informação. Neste enquadramento, de acordo com Azevedo (2010), a comunicação verbal durante a passagem de turno, poderá não ser a forma mais efetiva de transmitir informação que possibilite o planeamento de cuidados.

Em relação à informação documentada Pereira (2001, p. 159) conclui que: “parte da informação relevante para a continuidade nos cuidados de enfermagem é inferida a partir do SIE”.

2 TEORIAS DE ENFERMAGEM PARA TOMADA DE DECISÃO

A teoria de enfermagem pode ser definida como “um agrupamento imaginativo do conhecimento, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e buscam esclarecer um dado fenômeno” (Zangonal, 1999, p.29). Desta forma, têm a finalidade de correlacionar pesquisa e prática, tornando possível a confiabilidade das ideias e experiências dos enfermeiros, como importante fonte de conhecimento (*Idem*).

Os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos pelos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura moral/ética para orientar as suas ações e ajudam um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática (Chinn& Kramer, 2004 *apud* Queirós et al., 2014).

A enfermagem tem nas últimas décadas evoluído “duma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais concetual” (Silva, 2001, *in* Silva 2007, p. 14).

No entanto, apesar da evidência científica e dos instrumentos de suporte ao exercício da profissão, as atitudes e práticas dos enfermeiros relacionadas com doentes e famílias, denunciam o distanciamento entre os modelos expostos na teoria de enfermagem e os modelos de exercício profissional usados nos contextos da prática (Fernandes et al., 2015).

Este distanciamento também é reconhecido por Silva (2007, p.14) quando refere que é importante,

Evoluir de um exercício profissional, em que os modelos em uso estão muito circunscritos ao paradigma biomédico, com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença, para modelos em que se verifique maior valorização da teoria de enfermagem com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições.

Neste enquadramento, e para a conceção deste estudo, importa compreender como os modelos e teorias de enfermagem influenciam as práticas e o conteúdo da informação, assim como, a análise dos dados recolhidos e as conclusões do estudo. Não se pretende desenvolver a fundo cada teoria, mas sim, perceber a sua influência na prática. Assim, vamos reportar-nos, apenas aos referenciais de cuidados / Teorias e Modelos consensualizados no hospital onde o estudo decorre (Teoria das Transições de Alfaf

Meleis; Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado; Modelo de Calgary de Avaliação da Família, e Modelo de Anne Casey), recorrendo a exemplos da documentação.

A Teoria das Transições oferece uma estrutura que permite objetivar a ação profissional dos enfermeiros no sentido de ajudar as pessoas a vivenciarem transições saudáveis (Grupo Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem, 2017). Este modelo desenvolve-se à volta do conceito central de «transição», enquanto passagem de uma fase da vida para outra, ou mudança de uma condição / estado para outro. Para Meleis, as transições experimentadas pelas pessoas referem-se tanto ao processo como aos resultados da interação da pessoa com o ambiente e podem refletir-se no estado de saúde, no papel relacional, nas expectativas ou habilidades. O foco da enfermagem centra-se, então, nas respostas que a pessoa estabelece perante os seus processos de vida e / ou situação de doença (Meleis et al., 2000). A transição não é um evento, mas sim a reorientação e autodefinição que as pessoas atravessam para incorporar a mudança nas suas vidas (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições encontra-se documentada nos exemplos retirados do processo clínico e explanados na tabela 1.

Tabela1 - Teoria das Transições de Meleis retirada da documentação de enfermagem

NATUREZA	TIPO		Desenvolvimental	
	PADRÕES			
	PROPRIEDADES	<i>CONSCIENCIALIZAÇÃO</i>		Mãe triste e verbalizando preocupação com o filho A mãe encontra-se preocupada
		<i>ENVOLVIMENTO</i>		
		<i>MUDANÇA DIFERENÇA</i> &		
<i>EVENTOS CRÍTICOS</i>		Colocação de oxigenoterapia - [mãe encorajada a exprimir as emoções] Refere que fica muito ansiosa com o facto da filha convulsivar		
CONDIÇÕES	PESSOAIS	<i>CRENÇAS</i>		
		<i>SIGNIFICADOS</i>		
		<i>ESTATUTO SOCIO-ECONÓMICO</i>	Baixo estatuto sócio-económico	
	<i>PREPARAÇÃO & CONHECIMENTO</i>		A mãe encontra-se preocupada, apesar de já ter experienciado a mesma condição na filha mais velha Não demonstra conhecimento sobre gestão da convulsão	
COMUNITÁRIAS		Mãe refere ter apenas apoio do Pai (vai tomar conta dos outros 2 filhos) e são de longe.		
PADRÕES RESPOSTA	Não encontrados na documentação - Internamento curtos...			

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma, é umas das teorias mais citadas na enfermagem (Queirós et al., 2014).

O autocuidado é o conceito central na TDAE, e refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas positivas. Desta forma, o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos, uma vez que, está diretamente relacionam com os resultados clínicos (Petronilho, 2012).

O ICN (2011, p.41) refere o autocuidado como sendo uma área de atenção da enfermagem e define-o como "...Uma atividade executada pelo próprio para tratar do

que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

A TDAE é considerada, por Orem, como uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através de enfermagem; e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que tem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Tendo como base a TDAE, os dados documentados permitem-nos, uma tomada de decisão em enfermagem fundamentada através do conhecimento: dos hábitos de vida da pessoa; da capacidade para realizar as atividades do autocuidado, da necessidade de ajuda no autocuidado, bem como dos fatores condicionantes para o mesmo, que interferem no modo como a pessoa desenvolve o seu autocuidado. Na tabela 2 exemplifica a documentação da TDAE.

Tabela 2 - Teoria Enfermagem Défice Autocuidado retirada da documentação de enfermagem

TEORIA DO AUTOCUIDADO	TEORIA DO DÉFICE	TEORIA DOS SISTEMAS
Capacidades / hábitos de vida / como executa o autocuidado...		PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO TOTALMENTE COMPENSATÓRIO APOIO / EDUCAÇÃO
Adolescente com tontura e desequilíbrio quando deambula	Andar dependente, em grau reduzido	Parcialmente compensatório - Assistir no andar (Acompanhar na deslocação ao WC)

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) permite-nos avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema. Baseado numa perspetiva multidimensional de conhecer e avaliar famílias, esse modelo integra três dimensões: estrutural (composição, organização e características dos membros familiares), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades, comunicação e papéis familiares) (Figueiredo e Martins, 2010).

Da aplicação do modelo emergem dados que nos permitem identificar os problemas e consequentemente planear as intervenções, levando-as à prática no sentido de reforçar, promover e/ou manter o melhor funcionamento familiar nos diferentes domínios (cognitivo, afetivo e comportamental). Neste sentido está subjacente à sua aplicação, ajudar os membros da família a descobrir soluções para os seus problemas, minimizando as suas fragilidades (Wright e Leahey, 2004).

A evidência de documentação com iluminação do Modelo de Calgary de Avaliação da Família, encontra-se elucidada na tabela seguinte.

Tabela 3- Modelo Avaliação Familiar Calgary retirado da documentação de enfermagem

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL	Estrutura interna Estrutura externa Contexto	Mãe, pai e 2 irmãos (4 e 8 anos) Baixo estatuto sócio-económico
AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTAL	Tarefas Vínculos	Mãe tem apoio do pai e irá desempenhar o PP durante a noite.
AVALIAÇÃO FUNCIONAL	Funcionamento instrumental Funcionamento expressivo	

Em 1988 surge o primeiro modelo de cuidados pediátricos, desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família. É denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, foi elaborado por Anne Casey, e realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo estes como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho (Casey, 1993).

A parceria de cuidados, de acordo com Sousa (2012) tem dois princípios: os cuidados de enfermagem às crianças nos hospitais podem ser prestados pelos pais com o apoio e educação dos enfermeiros, e os cuidados familiares podem ser prestados pelos enfermeiros.

Informar os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvê-los nas tomadas de decisão, é considerado um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados, desde a admissão no hospital até ao momento do regresso a casa. Para que tal se processe, torna-se necessário construir um processo interativo entre o enfermeiro e os pais, que expresse uma aceitação incondicional e de autenticidade (OE, 2015b).

Os pais querem estar envolvidos nos cuidados aos seus filhos, mas querem também decidir sobre a extensão desse envolvimento. Quando na relação existe uma manifestação de poder em que um “parceiro” procura dominar o outro, a parceria torna-se irrealizável (Mendes e Martins, 2012).

O domínio da atividade diagnóstica realizada proporciona informação específica, para que o processo de cuidados se centre nas necessidades dos pais, e não nas necessidades de informação que os profissionais de saúde entendem como prioritárias para aquela família (OE, 2015b).

A família constitui-se, sempre, Foco da prática de Enfermagem, ou seja, uma área de atenção relevante para a prática. Simultaneamente pode constituir-se como Cliente, isto é, sujeito a quem o diagnóstico se refere e é beneficiário das intervenções dos enfermeiros, e/ou como recurso para concretizar ou otimizar determinadas intervenções cujo beneficiário é a criança (ICN, 2011).

Na documentação o Modelo de Parceria de Cuidados Anne Casey encontra-se documentado nos exemplos da tabela 4.

Tabela 4 - Modelo de Parceria de Cuidados Anne Casey retirado da documentação de enfermagem

Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP	sim
Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital	sim
Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização	sim
Tem rede de apoio adequadas às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital	não
Tem conhecimento sobre a situação da criança	sim
[A vigilância da temperatura será realizada pelo enfermeiro durante a noite. Os cuidados desenvolvimentais a mãe deseja prestar, mas precisa de apoio por não se sentir confiante]	Apoiar papel parental

Os exemplos aqui explanados de documentação para tomada de decisão clínica em enfermagem, têm em conta referenciais de cuidados que foram retirados da aplicação informática em uso, o SClínicoV2.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3 METODOLOGIA

O enquadramento metodológico de uma investigação permite fundamentar as opções relativamente aos métodos, técnicas e procedimentos utilizados. Para Fortin (2003, p.40) nesta fase, “o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões ou às hipóteses formuladas”. Assim, neste capítulo será explanado o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever de forma sucinta e clara as diretrizes que nortearam o desenvolvimento deste estudo.

3.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A problemática desta investigação surgiu do interesse em avaliar a qualidade da informação partilhada (na PT e na documentada), enquanto meio para assegurar a continuidade de cuidados e a tomada de decisão dos enfermeiros.

A necessidade em avaliar o conteúdo da informação partilhada deu origem à questão de investigação: **Qual o teor da informação partilhada na passagem de turno, documentada no SIE, e a necessária, para assegurar a continuidade de cuidados pelos enfermeiros do serviço de urgência?**

Assim, surgiram várias questões específicas:

- Que informação é relevada durante a passagem de turno acerca da condição das crianças e pais?
- A informação oral é suficiente para a prestação de cuidados de saúde de qualidade?
- Que informação é valorizada nos registos produzidos pelos enfermeiros no serviço de urgência?
- A informação transmitida nas transições de cuidados é concordante com a informação vertida na documentação de enfermagem?
- Que referenciais teóricos emergem (quer na passagem de turno quer na documentação de enfermagem) e dão suporte á informação específica da disciplina?

Com esta investigação pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Identificar a informação valorizada pelos enfermeiros na passagem de turno, no serviço de urgência;
- Identificar a informação valorizada pelos enfermeiros, documentada no processo clínico, no serviço de urgência;
- Identificar informação oculta/omissa para a dimensão autónoma da disciplina.
- Determinar se há diferenças entre o teor da informação oral e o teor da informação documentada no SIE.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo pretende-se conhecer e explorar o fenómeno da informação partilhada oralmente e documentada no contexto da prática de cuidados. Esta análise só faz sentido no contexto onde os enfermeiros desenvolvem a sua prática profissional, como se verifica no enquadramento teórico, o que se transmite oralmente, e o que se regista, pode ser influenciado por vários fatores, entre outros, os pessoais e de contexto.

Desta forma, e tendo em conta os objetivos delineados para o estudo, considera-se que este se deveria operacionalizar através do recurso a uma metodologia de pesquisa de “estudo de caso” pois permite uma investigação empírica que “investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2010, p.30).

O foco da investigação no estudo de caso, é uma unidade de análise, o “caso” que pode ser um individuo, um evento, processos ou instituições e constitui a estratégia preferida para responder a questões de “como” e “ porquê” que visam a explicação de fenómenos o que se aplica ao nosso estudo.

Neste contexto, a escolha do estudo de caso como tipologia eleita para este trabalho relaciona-se com o facto de procurar explorar a informação valorizada pelos enfermeiros numa situação contextual limitada. Assim, a unidade de análise é o registo (do processo

documentado e do realizado pelo perito) e a informação da passagem de turno das crianças /adolescentes recebidas pelo investigador.

O limite deste tipo de metodologia não permite a generalização dos resultados a outras populações ou situações, e os dados podem ser incompletos ou dificilmente comparáveis (Fortin, 2003). Isto significa que os dados resultantes deste trabalho, não representam toda a problemática num contexto mais alargado, mas dizem respeito ao caso em estudo no seu contexto próprio.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

No nosso estudo, definimos como população todas as crianças que o investigador recebesse no âmbito da sua atividade profissional em Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). As crianças recebidas pelo investigador poderiam ser provenientes do ambulatório, estar em observação há menos de 24 horas, ou estar internadas no serviço de urgência (superior a 24 horas) do HPC, depois de 25 de fevereiro de 2020 por um período de um mês.

Foi possível analisar 31 passagens de turno / processos documentados de crianças de acordo com os critérios de inclusão.

3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a análise da evidência de estudo de caso, como nos refere Yin (2010), ainda não existem técnicas bem-definidas, pelo que toda a análise deve seguir uma estratégia analítica geral. Atendendo à finalidade deste estudo – analisar a informação partilhada durante a passagem de turno, documentada no SIE, e a necessária para assegurar a continuidade de cuidados do serviço de urgência, consideramos pertinente recorrer a uma análise documental e análise de conteúdo: da passagem de turno; do processo de enfermagem documentado; do processo realizado pelo perito.

Cerca de um mês antes de iniciar a colheita de dados estabelecemos contacto com a enfermeira chefe no sentido de apresentar os objetivos do estudo. Nesse momento foi-lhe solicitado que ao fazer o horário de março colocasse no grupo do investigador (no sentido de realizar os mesmos turnos) um enfermeiro especialista, com mais de 5 anos de experiência profissional e que pertencesse ao projeto SIDE (Sistema de Informação e

Desenvolvimento de Enfermagem) do hospital, ao qual designamos de perito. Como não foi possível estar sempre presente com essa enfermeira foi selecionada um 2º perito com os mesmos requisitos, exceto não pertencer ao projeto SIDE.

Após termos obtido consentimento para a realização do estudo por parte do Conselho de Administração da instituição, iniciámos a colheita de dados a 26 de fevereiro de 2020.

A colheita de dados foi realizada nos turnos em que o investigador e perito estivesse distribuído na UICD nos turnos manhã, tarde ou noite.

3.4.1 Informação Passagem de Turno

Iniciou-se a colheita de dados pela transcrição da passagem de turno. O investigador recebe o turno, transcrevendo toda a informação transmitida, sendo posteriormente verificada com o registo áudio de forma a certificar a qualidade da transcrição. Todos os enfermeiros foram informados da gravação áudio e da sua intenção autorizando a que a mesma fosse feita.

Esta passagem de turno pode acontecer no início do turno, ou durante o mesmo (crianças que estão em ambulatório e ficam na urgência em observação). A análise dessa informação permitirá identificar fatores que podem influenciar a tomada de decisão e a continuidade de cuidados prestados de forma positiva ou negativa.

3.4.2 Informação Registada no Processo Clínico

De seguida recolhemos toda a informação do processo de enfermagem produzida no SClínicoV2® de trinta e uma crianças, recebidas pelo investigador, e que ficaram à sua responsabilidade. Esta análise alude às representações do exercício profissional que se evidenciam nos registos produzidos acerca dos cuidados de enfermagem.

3.4.3 Informação Produzida por Perito

Por último, o perito, nesse mesmo turno, elaborou o processo das crianças em análise, mediante a informação que tem disponível naquele momento da prestação de cuidados. A informação disponível refere-se aos dados da passagem de turno, aos dados registados no processo e à informação que o investigador possuía na altura, do contacto que já teve com a criança e família. Portanto, o processo do perito é sempre um processo com uma

acomodação mais rigorosa dos dados, mas não é o processo ideal, na medida em que não foi obtida outra informação junto da família e criança para planear intervenções mais dirigidas. Desta análise, procura-se apurar a informação necessária para a tomada de decisão e continuidade de cuidados das crianças/famílias analisadas.

A análise documental, que de acordo com Bardin (2014) é definida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência” (p.47).

Como desejávamos também compreender o que o conteúdo dessa informação poderia divulgar, procedemos à análise de conteúdo, que de acordo com o mesmo autor defere da análise documental, na medida em que tem por objetivo “a manipulação de mensagens (conteúdo e expressões desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitem inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (*Idem*, p.48).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com o intuito de facilitar a compreensão e apresentação dos dados obtidos através da transcrição das passagens de turno, processo de enfermagem documentado e no processo realizado pelo perito, optou-se pela utilização da análise de conteúdo, por esta ser a mais adequada a estudos desta natureza. Bardin (2014), define a análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 44).

Esta técnica possibilita o conhecimento acerca do que se encontra por trás das palavras que analisa (Bardin, 2014).

Respeitaram-se as três fases da análise de conteúdo de Bardin (2014). Na primeira fase, ou pré-análise, realizaram-se várias leituras “flutuantes” das passagens de turno transcritas, o que permitiu ter contacto com os discursos a serem analisados, aumentando a consciência dos aspetos mais significantes e também das regularidades e singularidades dos mesmos. Constituíram corpus do nosso estudo as 31 passagens de turno, pelo que todas foram submetidas aos procedimentos analíticos.

De seguida, iniciou-se a fase de exploração do material ou codificação, e nesta fase ajudou o facto de existir já um quadro teórico de temas baseados na evidência científica e que serviram como um ponto de partida para a codificação, ou seja, para a determinação das categorias. Assim, surgiu o Processo de Enfermagem (avaliação Inicial; atividade diagnóstica; diagnóstico; intervenções enfermagem); Intervenções Interdependentes; Motivo de Internamento e “Recados”.

Na última fase é realizada a inferência que segundo Bardin (2014, p. 167) “...trata-se de realizar a uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo”.

Os três métodos de colheita de dados são apresentados na mesma tabela (Anexo I), possibilitando a sua fácil comparação, sendo que, cada tabela corresponde a um caso analisado. Desta forma, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação.

O facto de o investigador utilizar diversos métodos para recolha de dados, permite-lhe recorrer a várias perspetivas sobre a mesma situação, bem como obter informação de diferente natureza e proceder, posteriormente, a comparações entre diversas informações, efetuando assim a triangulação da informação obtida.

Streubert&Carpinter (2013) entende com técnica de triangulação como “uma abordagem que utiliza uma combinação de mais do que uma estratégia no mesmo estudo” (p.352). Deste modo, a triangulação é um processo que permite evitar ameaças à validade interna inerente à forma como os dados de uma investigação são recolhidos.

Por outro lado, a codificação dos dados foi realizada pela investigadora principal, foi discutida com a colaboração do 1º perito que realizou a maioria dos processos.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A ética em investigação deve ser uma preocupação constante. Para Nunes (2013, p. 5) “a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia dos direitos dos participantes (...)” deve ser assegurada em todas as fases do estudo.

O pedido para realização do estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde do CHUC-EPE a 03. 12.2019. Este pedido teve parecer favorável a 24.01.2020 (Anexo II). A

autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo foi obtida a 3.01.2020 (Anexo III).

Em todo o processo de investigação, pautámos a nossa atuação com uma rigorosa conduta ética, onde consideramos as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem referidas por Nunes (2013), nomeadamente os princípios relacionados com o respeito pelos participantes do estudo, incluídos na Declaração de Helsínquia e no relatório de Belmonte. O consentimento informado ressalva assim o direito de conhecimento pleno, à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade.

Toda a colheita de dados excluiu qualquer elemento de identificação pessoal. Salienta-se o cumprimento do princípio a não receber dano, que foi bastante calculado pela investigadora principal. A escolha da oportunidade para a colheita de dados e realização do mesmo com o perito, não colocou em causa, em nenhum momento, da prestação de cuidados pela investigadora.

Não existem benefícios imediatos resultantes da participação neste estudo. A finalidade é contribuir para a melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem, a partir dos da análise da informação partilhada oral e registada no serviço de urgência pediátrica.

PARTE III - ENQUADRAMENTO EMPIRICO

4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados que emergiram da observação do corpus de dados resultante da análise da passagem de turno, processo documentado e do processo do perito. Optamos por iniciar esta descrição pelos dados que caracterizam a amostra em estudo, seguindo-se o contexto de prática de enfermagem.

Tabela 5 - Caracterização dos participantes do estudo

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		Nº DE CRIANÇAS
Idades (em anos)	0-1	11
	1-10	11
	10-18	9
Tempo de admissão no serviço	Algumas horas no ambulatório	9
	Inferior a 24 horas em UICD	18
	Superior a 24h em UICD/ internamento	4

Quanto ao contexto da prática de enfermagem, a organização do espaço físico do serviço distribui-se por vários setores de atendimento de doentes, subdividindo-se essencialmente em duas áreas: setor do ambulatório; Unidade de Internamento de Curta duração (UICD). Quando necessitam de permanecer mais de 24 horas na urgência é realizado o internamento neste serviço. Se a criança mantém necessidade de permanecer mais tempo hospitalizada é internada nos outros serviços do hospital.

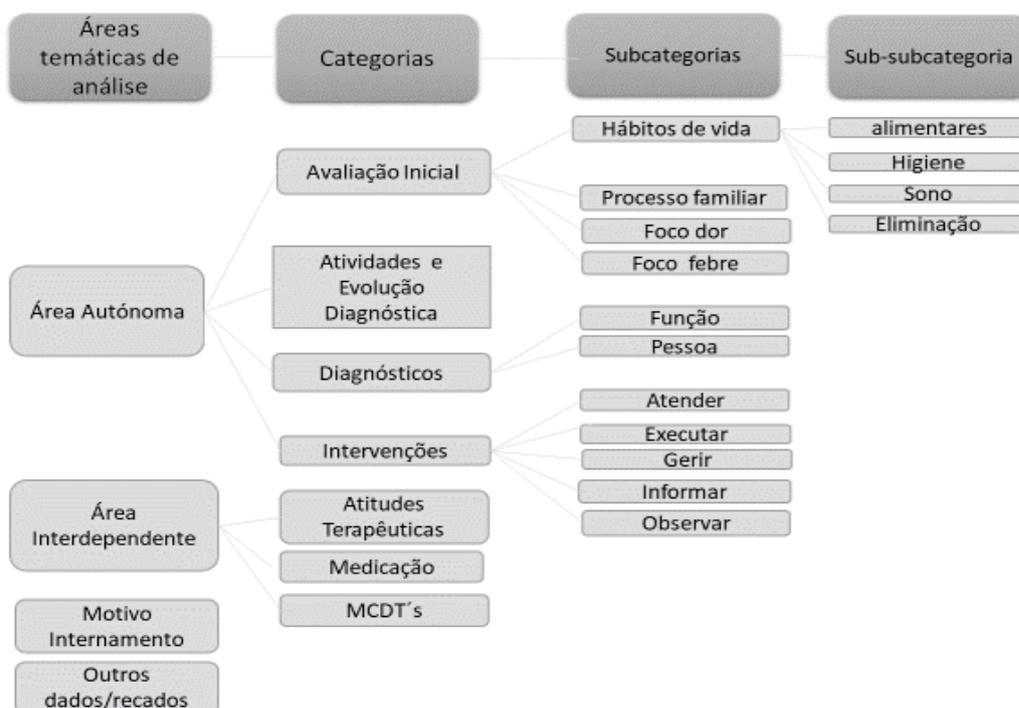
A informação relativa aos doentes é transmitida pelo profissional que esteve responsável pelos cuidados de enfermagem prestados. Sendo que, as crianças a quem é decidido ficar em UICD é realizado o PE pelo enfermeiro do ambulatório, que depois irá transmitir a informação ao enfermeiro da UICD.

Da realização do PE surge a avaliação inicial que está estruturada para o Hospital Pediátrico de acordo com os hábitos de vida (alimentares, sono, higiene, eliminação), dados relacionados com o processo familiar e/ou prestador de cuidados, história de dor e de febre. Está definido para o serviço um conjunto de focos da prática de enfermagem e

de intervenções de enfermagem mais frequentes, previamente parametrizado, de forma a facilitar a identificação dos diagnósticos e o planeamento dos cuidados. É sempre possível articular a linguagem natural em texto livre com a linguagem classificada.

No sentido de uma melhor estruturação, esta apresentação vai seguir as áreas temáticas enunciadas na figura 1: **Decisão Clínica de Enfermagem (Área Autónoma); Decisão Clínica Médica (Área Interdependente); Motivo de internamento e Outros Dados/Recados**, para os métodos de recolha de dados passagem de turno, processo documentado e processo realizado pelo perito.

Figura 1 - Representação esquemática das áreas temáticas em análise respetivas categorias, subcategorias e Sub-subcategoria



4.1 INFORMAÇÃO DA PASSAGEM DE TURNO

A categoria da avaliação Inicial reporta-se à colheita de dados inicial, necessária para inferir diagnósticos de enfermagem e planear intervenções. No hospital está definido que: os hábitos de vida; os dados relacionados com o processo familiar e/ou prestador de cuidados; e, os focos dor e febre, são documentados nesta estrutura. Informação respeitante a outros focos, é alocada durante a realização da atividade diagnóstica.

Em relação à subcategoria hábitos de vida, esta divide-se noutras subcategorias, tal como, hábitos de alimentação, de sono, de higiene e de eliminação. No discurso oral dos enfermeiros, os hábitos alimentares são os mais valorizados (PT2; PT4; PT5; PT10; PT13; PT14; PT19; PT23), essencialmente em crianças mais novas, sendo que, os hábitos de eliminação foram referidos em uma (PT14), enquanto os hábitos de sono e de higiene não foram referidos em nenhuma PT.

No que respeita ao processo familiar, os enfermeiros transmitem informação acerca deste, essencialmente quando se verificam condições dificultadoras para lidar com o evento crítico da hospitalização, tal como os baixos recursos económicos (PT1; PT2) e ter outros filhos pequenos a cargo (PT2; PT10).

Ainda neste âmbito, constatámos a transmissão de dados no domínio da estrutura (composição familiar e contexto) e no domínio desenvolvimental (tarefas), atendendo ao Modelo de Avaliação Familiar de Galgary.

“Percebemos que não está muito à vontade, este é o 3º filho”; “Não me parece que esta família tenha grande suporte social e recursos (PT1)

“De resto, esta é uma 4ª filha todas elas com história de bronquiolite em criança, uma mana asmática, por isso ela está por dentro desta parte respiratória” (PT10)

Verificamos ainda que, em 39% dos processos há registo de “acompanhado pela mãe”, dado associado ao papel parental.

Em relação ao foco dor, é caracterizada e referida a sua história, assim como, realizada a atividade diagnóstica da mesma (PT1; PT6; PT24; PT25; PT26; PT27; PT29). No mesmo sentido, o foco febre é valorizada a história (PT2; PT7; PT14; PT15; PT24; PT26; PT27; PT28; PT31).

Relativamente à atividade e evolução diagnóstica, verificou-se elevada valorização no discurso dos enfermeiros, centrada na condição da criança ao nível da função e processos corporais (dor, febre, dispneia, desidratação e ferida traumática), ou seja, a ações de enfermagem do tipo *observar* (vigiar, monitorizar e avaliar).

Desta análise verificámos que, raramente as informações consideradas relevantes para a transmissão oral se centram nos processos adaptativos pais/criança/adolescente. Contudo, é observada alguma informação neste domínio, tendo em conta a Teoria das

Transições, sendo constatados dados para a compreensão do evento crítico da hospitalização da criança (gravidez, experiência previa dos pais, envolvimento dos pais, nível de confiança da mãe para lidar com a transição).

“Terá sido uma gravidez complicada tendo necessidade de validar todos os conhecimentos que tem. Se está bem posicionada, se está a preparar bem o leite, se está a dar-lhe na posição correta, se está a pensar bem.... Pronto faz assim essas questões.” (PT19).

Pontualmente, nas transmissões orais, faz-se referência ao estado psicológico e físico dos pais, relevantes para a definição da condição do Papel Parental e na negociação da parceria de cuidados.

“(...) uma mãe muito ansiosa com uma labilidade emocional muito marcada, entretanto perguntei-lhe se queria ir lá fora e trocar com o pai, acabou por ir lá fora apanhar ar e depois veio bastante melhor”(PT10)

“Estes pais estão muito ansiosos porque ainda não há diagnóstico certo” (PT27)

“A mãe é que está em baixo, “coitadita” porque ela não tem posição para se sentar, foi um parto difícil e tem ainda os postos que lhe causam dor” (PT17)

Verificou-se também, embora de forma esporádica, referência à atividade diagnóstica do papel parental, nomeadamente à parceria de cuidados.

“Fez às 12h, a mãe tem e foi ela que fez” (PT8).

Quanto aos diagnósticos de enfermagem, a informação da PT apresenta-se centrada na linguagem médica, relacionando-se essencialmente com o motivo de vinda ao SU. Das trinta e uma PT analisadas, apenas em cinco foi referido o diagnóstico de forma intencional (PT3; PT4; PT5; PT25; PT26).

Os diagnósticos relativos à *pessoa* não traduziram grande expressividade na transmissão oral, tendo sido verbalizados apenas em cinco casos.

“Pus-lhe só o andar comprometido” (PT3)

“É um menino que tem Papel Parental comprometido” (PT4)

“Identifiquei o Papel Parental” (PT5)

"(...) falta só o diagnóstico de ansiedade, mas já acabo" (PT 25)

"Esta mãe tem Papel parental comprometido, ela está muito cansada" (PT26)

Relativamente às intervenções de enfermagem transmitidas na PT, como já foi referido, as do tipo *observar* foram as mais transmitidas, inserindo-se na atividade diagnóstica. No que respeita às intervenções de enfermagem do tipo *gerir, executar e atender*, observadas na PT, foram menos referidas, estando claramente as intervenções do tipo *gerir* associadas à gestão da oxigenoterapia (PT7; PT8; PT31), assim como, as intervenções do tipo *atender* associadas maioritariamente ao apoiar e negociar o papel parental (PT19). O domínio *informar*, onde as intervenções se relacionam essencialmente com ensinamentos aos pais, foi observado em dois casos analisados.

(...) "foram realizados alguns ensinamentos sobre segurança e alimentação" (PT1)

"Foi necessário insistir com a mãe, de alguma forma, para chamar antes da mamada, para fazer a higiene nasal" (PT4).

Na área Interdependente estão incluídas as categorias prescrições médicas, atitudes terapêuticas e exames complementares de diagnóstico.

Constatamos que as atitudes terapêuticas, medicação e exames complementares de diagnóstico, são bastante valorizados nas passagens de turno, verificando-se algumas centradas maioritariamente na interdependência dos cuidados (PT1; PT8; PT22; PT24). Relativamente à medicação prescrita, ela é bastante referida pelos enfermeiros, exceto em quatro PT. As atitudes terapêuticas também são transmitidas, pois muitas vezes coincidem com as intervenções autónomas de enfermagem. Quanto aos dados relativos aos exames complementares de diagnóstico, foram transmitidos em vinte PT.

"Iniciou por isso amoxicilina 300mg 12/12h, as 10h e as 22h"; A chegada fez Multiplex que identificou um enterovirus e rinovirus e colheitas que identificaram leucocitose; Alimentou-se bem, mamou 3 vezes no turno, a ultima vez às 13,15h (90ml de leite adaptado), mas tem prescrito 120ml de NAN I"; "teve também uma dejeção de cor esverdeada, grumosa e em quantidade moderada" (PT1)

"Fez PDN, 20 mg oral e iniciou 3 puffs de 4/4h, era agora as 15h e eu não lhe fiz porque estava a dormir"; "A prednisolona que ela fez é ID, portanto fez às 12h"; (PT8)

“Fez Eco abdominal...”; “Tem soro que interrompeu quando começou os glóbulos, tem uma glicose 5% em SF; “Ainda não comeu, eu pedi o almoço para ela, mas colocou-se a hipótese de ficar em pausa para ver o que era para fazer”. (PT22)

“Fez RX tórax...”; “E também fez colheita e tem uma PCR de 28”; “Entretanto esta amoxicilina + acido clavulânico EV 2 gr 8/8h a próxima administração é as 18h, fez as 10h. e está a dar-se direto lento”(PT24)

O motivo de internamento relaciona-se com a história de doença, tendo sido referido pelos enfermeiros em vinte das trinta e uma passagem de turno.

Em relação a outros dados/recados, esta categoria refere-se aos dados que não se enquadram nas subcategorias anteriores, mas que se reportam a informação de caráter organizativo, logístico e administrativo. Trata-se de informação com relevância para o processo e continuidade de cuidados, como se verificou em 58% dos casos.

4.2 INFORMAÇÃO DOCUMENTADA/PROCESSO DE ENFERMAGEM

A avaliação inicial foi realizada em 87% dos processos analisados. Em relação aos hábitos de vida, estão documentados hábitos alimentares em 81%, sendo que, outros hábitos da criança são menos valorizados (26%), como a higiene, o sono, ou a eliminação.

Quanto à categoria do processo familiar, atendendo ao Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, é documentada em 64% dos casos, principalmente, informação no domínio estrutural – estrutura interna da família.

Relativamente ao foco dor, documentado na avaliação inicial, os enfermeiros preocupam-se em caracterizar a mesma, em alguns casos referir a história de dor e referenciar a escala de avaliação a utilizar (P6; P8; P12; P13; P16; P21; P25; P31).

Quanto ao foco febre é reduzida a informação colhida, sendo que, dos dez casos de crianças com febre (P2; P7; P11; P14; P15; P24; P26; P27; P28; P31), apenas em um foram documentadas as manifestações do quadro febril e estratégias para baixar a temperatura (P2).

A atividade diagnóstica é sempre realizada, na medida em que, o SI assim o obriga, para a identificação do diagnóstico. É alocada aqui toda a informação necessária que enforma a tomada de decisão relativa aos focos de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem documentados foram maioritariamente no domínio dos *processos corporais* (febre; dor; dispneia; ferida traumática; desidratação) relacionados com a queixa principal da criança. Em relação aos diagnósticos do domínio da *pessoa* também foram observados, evidenciando-se o foco papel parental em 91% dos casos analisados, verificando-se a “ansiedade” e o “andar comprometido” nos restantes 2 processos.

No âmbito das intervenções de enfermagem, na linha do que foi transmitido oralmente destacam-se as intervenções do tipo *observar*, nomeadamente monitorizações e vigilâncias, sendo que, destas, a monitorização de sinais vitais assumiu grande relevância, tendo sido observados em todos os processos. As intervenções do tipo *atender* também se mostraram bastante expressivas, relacionando-se essencialmente com o “apoiar *papel parental*”, “*negociar papel parental*” e “*assistir a mãe/pai a tomar conta*”. Quanto às intervenções *gerir, executar e informar*, foram também registadas pelos enfermeiros, sendo o *informar* a que menos expressão teve (observado apenas em um processo).

Na documentação da área interdependente, em relação á medicação, a informação produzida pelos enfermeiros, evidenciou o cumprimento das prescrições. Quanto às atitudes terapêuticas, maioritariamente derivam de prescrição médica, sendo que, muitas vezes se sobrepõem às intervenções autónomas do enfermeiro, de que é exemplo “gerir oxigenoterapia”. No que respeita aos meios auxiliares de diagnóstico, em alguns casos é descrito em texto livre nas notas gerais.

Na categoria outros dados /recados, a informação é documentada em notas gerais, referindo-se principalmente ao destino da criança, no serviço ou transferência, registado em quase todos os processos. Pontualmente, verifica-se informação relativa a: intervenções de enfermagem (P4; P5; P6; P7; P15), exames complementares de diagnóstico (P11; P29), medicação (P10; P11; P22).

4.3 INFORMAÇÃO OMISSA

O processo realizado pelo perito constitui uma fonte de informação da qual surgem os dados omissos, relativos essencialmente ao processo documentado, mas também à PT, relevantes para a discussão dos resultados, dando conta aqui dos aspetos mais relevantes encontrados.

Os dados da avaliação inicial não se mostram relevantes para serem transmitidos na PT, sendo que, na documentação, os hábitos alimentares evidenciaram-se em relação aos outros hábitos. No âmbito da avaliação familiar (atendendo ao Modelo de Calgary) apenas o domínio estrutural teve significado, encontrando-se os restantes domínios (desenvolvimental e funcional) omissos.

Relativamente aos focos febre e dor, ficaram omissos dados, para além da história de dor e febre, na maioria dos casos, quer na PT quer no registo.

A atividade diagnóstica apesar de expressiva na PT, ela não é dirigida ao domínio da *pessoa*, relevando aspetos omissos relativos a focos de enfermagem documentados, como o papel parental, faltando evidenciar qual o envolvimento dos pais nos cuidados, quais as suas necessidades/dificuldades, tendo em conta que, para muitos, estamos perante um evento crítico da hospitalização.

Em dois casos (PT17; PT19), estamos perante a transição para a parentalidade, onde importa perceber as áreas do cuidado ao RN, nas quais a mãe tem, habitualmente menor nível de confiança (indicadores de processo na Teoria das Transições de Meleis). A parceria de cuidados que se estabelece com os pais está omissa nas transmissões orais.

Reportando-nos ainda ao domínio da *pessoa*, estando as crianças e adolescentes em contexto do serviço de urgência, onde muitas vezes irão ser submetidos a exames e idas ao Bloco Operatório, raramente se encontra valorizado o medo e a ansiedade nos discursos da PT. Assim, não existem intervenções de enfermagem planeadas e dirigidas, que possam ajudá-las a vivenciar de forma mais saudável a transição de saúde doença, que, no caso dos adolescentes, ocorre com o seu processo de adolescer. No registo, a valorização destes aspetos é idêntica.

Verifica-se ainda a não valorização dos diagnósticos de enfermagem, e a ênfase nos fatores condicionantes básicos do autocuidado. O conteúdo transmitido não permite a continuidade na assistência da adolescente, no que respeita ao seu autocuidado (PT16). De uma forma global, não é documentada nem transmitida informação acerca das ações / capacidade de autocuidado da adolescente, e não é identificado nenhum défice de autocuidado, pelo que, não são planeadas quaisquer intervenções de compensação do autocuidado (P16; P20; P24; P29).

Ao contrário do verificado na PT o processo documentado traduz a tomada de decisão no âmbito da parceria de cuidados, contudo, são omissos os dados que enformam o diagnóstico identificado. Assim, interessa documentar a extensão da parceria, ou seja, até que ponto os pais querem ser envolvidos e de quais os cuidados que querem ser responsáveis.

Verifica-se ainda que, na avaliação do papel parental é necessário colher mais dados que ajudem a estabelecer a condição (Potencial ou Compromisso dos pais em poderem manter o papel parental durante a hospitalização). Neste sentido, é importante perceber: se os pais têm noção sobre os cuidados que a criança precisa; quem está a ajudar a mãe/pai a exercer o papel parental no hospital; se têm experiência de internamentos anteriores.

Constatamos que a informação transmitida na PT, no domínio dos processos adaptativos, nem sempre se documentou, por isso não teve impacto no planeamento de cuidados (PT17), pois não foi prescrita a intervenção “assistir a mãe a tomar conta”.

De modo a sistematizar toda a informação exposta nesta apresentação, segue-se uma tabela, por forma a sintetizar alguns aspetos que consideramos relevantes.

Tabela 6 - Resumo dos dados observados

Informação da PT	É centrada nos focos do domínio da função e processos corporais, sendo evidente a transmissão de um elevado volume de dados relacionados com a vigilância/atividade diagnóstica. O enunciado dos diagnósticos não difere da linguagem médica, relacionando-se com a queixa principal, mostrando que a informação relativa aos processos adaptativos criança/adolescente/família bastante mais escassa. As intervenções interdependentes, nomeadamente a medicação e exames complementares de diagnóstico, tiveram grande representatividade na informação transmitida, assim como, os “recados”, valorizadas no discurso.
Informação Documentada	Iguamente centrada, em larga medida, nos aspetos relacionados com a doença da criança, no âmbito da gestão de sinais e sintomas. Salienta-se a importância atribuída às intervenções relacionadas com a vigilância de forma a prevenir complicações. Verifica-se uma elevada valorização do papel parental e parceria de cuidados, levando à tomada de decisões acerca da parentalidade no hospital, o que permite

dar visibilidade aos cuidados centrados na família.

Informação Destaca-se a ausência de informação sobre a atividade autónoma de enfermagem relativamente à dimensão da *pessoa*, nas respostas humanas às transições e aos processos de vida. A parceria de cuidados que se estabelece com os pais, mostrou-se incipiente no que se refere às intencionalidades terapêuticas orientadas para os resultados. Assim, encontra-se omissa a prescrição do cuidado de enfermagem quanto ao detalhe, que traduza a intencionalidade.

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Concluída a apresentação e análise dos dados obtidos através dos diversos instrumentos de recolha, procedemos a uma reflexão sobre os resultados, de modo a produzirmos inferências válidas sobre o seu significado. Ou seja, uma reflexão profunda sobre os dados obtidos, sustentada na opinião de diversos autores que se debruçaram sobre o assunto, assim como, na nossa própria percepção dos mesmos.

Desta forma, a discussão será orientada tendo em conta a informação oral transmitida na passagem de turno; informação documentada no processo da criança e aspetos omissos considerados relevantes no processo de tomada de decisão clínica de enfermagem.

O objetivo da passagem de turno é a transmissão de informação relevante que garanta a continuidade de cuidados e qualidade na assistência ao doente (Rikos *et al.*, 2018). Neste estudo verificamos que, a informação se centra, em larga medida, nos aspetos relacionados com a doença da criança, no âmbito da gestão de sinais e sintomas, orientada pela lógica executiva do cuidado, contendo dados provenientes de vigilâncias / observações relativas à dimensão destes processos corporais. As intervenções de enfermagem que são relatadas e consideradas relevantes para a transmissão, visam a recuperação da condição física da criança.

Rikos *et al* (2018), no estudo realizado no âmbito das práticas e comunicação durante a passagem de turno de enfermagem, também verificou que, grande parte dos dados transmitidos incluíam informações sobre o estado clínico dos doentes, concentrando-se exclusivamente em responder aos vários problemas biológicos e clínicos do doente, negligenciando outros aspetos da assistência de enfermagem.

Estes achados podem estar relacionados com a complexidade do contexto do serviço de urgência. Quando as exigências são altas, os enfermeiros necessitam de dar prioridade a algumas tarefas que podem colocar a família para segundo plano (Benzeinet al., 2008).

No âmbito dos diagnósticos de enfermagem, a sua transmissão é incipiente e quando acontece, tem a ver com diagnósticos cujo enunciado não difere da linguagem médica e está relacionada com o motivo do internamento, por exemplo “*Veio por febre*”. Por outro lado, constata-se que há transmissão de vários dados de atividade diagnóstica sem referir

o enunciado declarativo do diagnóstico de enfermagem, o que leva o enfermeiro que recebe a informação a ter de deduzir qual o foco de enfermagem. A este propósito, Rikos, *et al.* (2018), no estudo acima referido, verificou que a informação não operava com base nas melhores práticas da passagem de turno, tendo em conta que, as informações transmitidas não incluíam dados baseados em diagnósticos de enfermagem. Assim, podemos inferir que, a forma como os enfermeiros selecionam a informação a partilhar tem a ver com as suas próprias conceções de enfermagem.

As decisões consideradas relevantes para a transmissão oral, raramente se centram em processos adaptativos dos pais/criança/adolescente, assim como, na atividade executada pelo próprio (ex. autocuidado). Daqui emerge a ideia do reduzido valor atribuído pelos enfermeiros a estas dimensões, afastando-se dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é referido que *“A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)”* (OE, 2001, p.12).

Os resultados evidenciam ainda a transmissão de um elevado volume de dados, relacionados com vigilâncias/atividade diagnóstica, que poderá constituir um sinal da importância atribuída pelos próprios enfermeiros à realização desta atividade. Dada a natureza dinâmica do processo de prestação de cuidados, é exigível que o enfermeiro esteja continuamente a par das alterações do estado do doente, bem como, atento a novos indícios que possam surgir no decurso da prestação de cuidados (Taylor & Taylor Jr, 2001). No contexto do serviço de urgência, com crianças instáveis, torna-se vital a deteção precoce de complicações, sendo através da atividade de vigilância que o enfermeiro obtém o conjunto de informações que sustentam a sua decisão.

De facto, as vigilâncias são uma área importante na prestação de cuidados de enfermagem, no entanto, transmitir toda a atividade diagnóstica, estando esta sempre bem explanada no registo, pode tornar a informação redundante. O que se verifica é que os enfermeiros enfatizam, na transmissão oral, dados relativos à evolução da condição clínica da criança *“ (...) já não faz febre e que só lhe doeu um pouquinho quando comeu a canja”*; *“Não fez medicação para a dor, ontem ainda fez,”* (PT21). Estas expressões

traduzem uma visão sobre a evolução da condição da criança, relevantes para a continuidade de cuidados, por isso, fazem sentido serem transmitidas.

A transmissão de informação no âmbito da atividade diagnóstica, tendo como foco o Papel Parental, também foi observada em várias passagens de turno, *“Mãe deseja fazer os puffs que já faz em casa” (PT8)*, no entanto, surge de forma “solta” e pouco consistente. Esta perspetiva é corroborada por Mendes & Martins (2012), no estudo realizado sobre a parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria, ao considerarem existir uma visão fragmentada do trabalho em parceria. Ainda nesta perspetiva, fazendo alusão ao estudo de Sousa (2012, p. 186), os enfermeiros facultaram informação e mostraram disponibilidade aos pais, todavia, observou-se a inexistência de um diálogo formal acerca da importância da sua participação nos cuidados. De acordo com as mães participantes no estudo da mesma autora, a informação que lhes foi dada pelos enfermeiros restringiu-se à discussão de cuidados a prestar à criança (Sousa, 2012, p. 158).

A hospitalização da criança constitui um evento crítico na vivência da parentalidade, sendo que, também se verificou a valorização deste aspeto ao relevar informação, como por exemplo: *“Quando chegaram... uma mãe muito ansiosa com uma labilidade emocional muito marcada” (PT10)*; *“Estes pais estão muito ansiosos porque ainda não há um diagnóstico certo” (PT27)*, corroboram esta evidência. Frequentemente, os pais experimentam durante a hospitalização, sentimentos como o medo, a ansiedade e a frustração (Vale, Souza & Carmona, 2005). A ansiedade está associada ao trauma e à dor imputados à criança (Sousa, 2012). Os pais podem reagir com um certo grau de depressão, expondo sentimentos de exaustão física e emocional, assim como, preocupação com o bem-estar da criança no futuro, incluindo os efeitos negativos da hospitalização e os efeitos económicos incorridos neste período (Hockenberry, Winkelstein & Wilson, 2006). Estes eventos críticos aumentam o grau de consciencialização dos pais, e, conseqüentemente aumentam a sua vulnerabilidade.

Quando os pais estão no início da sua transição para o exercício do papel e há necessidade de internamento da criança, estes necessitam ajustar-se às necessidades transitórias da criança em contexto específico de doença. Nestas circunstâncias, constatou-se que os enfermeiros valorizam a condição da mãe na transmissão da

informação, mas não estabelecem, ou não referem oralmente, quais as necessidades específicas para o desempenho do papel parental no hospital. *“A mãe é que está em baixo “coitadita”, porque ela não tem posição para se sentar, foi um parto difícil e tem ainda os pontos que lhe causam dor”* (PT17).

Constatou-se, por vezes, a verbalização de dados relativos á consciencialização dos pais, enquanto propriedade universal da transição. A consciencialização é uma característica definidora da transição (Meleis, et al., 2010). Assim sendo, para considerarmos que a pessoa experimenta uma transição, esta necessita de ter algum nível de consciencialização das mudanças que estão a ocorrer. *“(…) mas ela esta convencida que vai amanhã embora”* (PT2), a mãe não parece ter conhecimento da condição do filho, sendo um dado importante para a definição da condição do papel parental e para a instituição das terapêuticas de enfermagem que visem a promoção da consciencialização.

As condições pessoais facilitadoras ou inibidoras, como a preparação e conhecimento, ou o estatuto socioeconómico, são também verbalizados, sobretudo quando são condições inibidoras: *“Eles apesar de serem de perto, não têm grandes posses* (PT2); *“Percebemos que não está muito à vontade, este é o 3º filho”* (PT1). Esta categoria torna-se importante, na medida em que o grau de preparação e conhecimento influencia o grau de envolvimento dos pais para fazer frente a este evento crítico. Para Meleis, et al, (2010) a preparação prévia facilita a experiência de transição, assim como, o conhecimento sobre o que esperar, e que estratégias podem ser mais uteis para lidar com a mesma. Pais bem preparados ficam mais calmos e mais capazes para dar apoio ao seu filho. É importante preparar tão bem os pais como as crianças, para que, em eventos stressantes, a ansiedade destes não seja espelhada nos filhos (Cardoso, 2010).

Pelo exposto, constatamos que a informação relevada na transmissão oral, tem por base uma conceção de cuidados maioritariamente centrados na observação e gestão de sinais e sintomas. As conceções emergentes não são sistemáticas, no que concerne a dados transmitidos, de modo a efetivar a parceria de cuidados, nem é transmitida consistentemente a forma como a hospitalização está a ter impacto no desempenho do papel, quer ao nível da consciencialização das mudanças quer ao nível do envolvimento dos pais. Há por vezes referências a condições dificultadoras, sobretudo no âmbito do estatuto socioeconómico. A filosofia de cuidados centrados na família não emerge do

discurso dos enfermeiros, pois as referências á família e sua organização são incipientes, podendo este facto estar relacionado com a curta duração do internamento no serviço de urgência.

Verificamos que os dados aqui relatados por estas expressões acontecem ocasionalmente, o que leva a crer que, como refere Sousa (2012), as características das crianças, dos pais ou da hospitalização, não fazem diferenciar o conteúdo (qualidade, género, estilo e quantidade) de informação transmitida oralmente na passagem de turno.

Observamos ainda que, o conteúdo informacional transmitido na passagem de turno não obedece a um padrão, tendo em conta que, em algumas transmissões se realçam a medicação e atitudes terapêuticas, sendo que, noutras se valorizaram apenas recados (essencialmente informação de carater organizativo, logístico e administrativo).

O método oral continua a ser o método mais popular de comunicação nas passagens de turno (Kim M, Oh, 2016). No entanto, vários estudos vêm reforçar a importância do uso de outras ferramentas, como o processo informatizado, de modo a melhorar o conteúdo e a reduzir as omissões. Blondon, et al. (2017), vem mostrar que o uso do processo informatizado pode dar suporte e ajudar a padronizar o conteúdo da transferência, devendo o acesso ser fácil. No serviço de urgência, apenas se utiliza o método oral, embora existam recursos para este ser apoiado com Sistema Informático. Porém, ainda não foi realizada discussão suficiente para a mudança das práticas, pelo que, esta estratégia ainda não foi adotada pelos enfermeiros. Podemos ainda relatar que, durante a observação das passagens de turno, é raro os enfermeiros iniciarem a sua jornada de trabalho pela consulta do processo das crianças que têm á sua responsabilidade. Assim, analisámos também a documentação de enfermagem, cuja discussão faremos em seguida.

Não obstante, num estudo realizado por Sousa, *et al.* (2019), é na passagem de turno que ocorre a partilha de informação que assegura a continuidade de cuidados de excelência. De acordo com Pereira (2001), para efeitos de continuidade de cuidados de enfermagem, a passagem de turno não é substituível apenas pela documentação de enfermagem.

Verificamos ainda que o conteúdo transmitido realça o que foi realizado em detrimento do que se planeia executar, noção também referida por Rienseberg, Leitzsch & Cunningham, (2010).

Relativamente á informação documentada, o aplicativo em uso do serviço de urgência para representar o processo de decisão dos enfermeiros é o SClínicoV2. Esta discussão tem em conta a estrutura do Processo de Enfermagem para a tomada de decisão, o qual, de acordo com Paiva (2011) é a ferramenta utilizada para assumir a dimensão autónoma do exercício da profissão de enfermeiro.

No que concerne à avaliação inicial, observamos que esta foi realizada em quase todos os processos analisados. Relativamente aos hábitos de vida, os enfermeiros valorizam dos hábitos alimentares em detrimento dos restantes hábitos da criança / adolescente, mostrando-se um padrão de registo no SU, mesmo quando estes permanecem mais do que 24h no serviço.

Os hábitos de vida são relevantes para a conceção de cuidados segundo o Modelo de Atividades de Vida de Nancy Roper, assim como, se revestem da maior importância quando nos focamos nos pressupostos do Modelo de Parceria de Anne Casey, que são o quadro de referência teórico do hospital. Os cuidados familiares podem ser prestados pelos enfermeiros, apesar de, neste modelo, se distinguirem cuidados familiares de cuidados de enfermagem, não havendo barreiras delimitadas entre estes (Sousa, 2012). Atendendo a este pressuposto, o enfermeiro apenas pode prestar os cuidados familiares se atender ao conhecimento dos hábitos familiares em relação à criança.

Ainda no âmbito da filosofia de cuidados assente na parceria, a família assume um papel central. O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary oferece aos enfermeiros uma estrutura que permite uma avaliação macro ou micro, em função das necessidades. Neste circunscripto, constatamos que, grande parte dos processos estão documentados dados do processo familiar, essencialmente informação relacionada com a dimensão estrutural da mesma (estrutura interna: composição familiar e ordem de nascimento). Na maioria dos registos descreve-se com quem vive a criança e quem a está a acompanhar, o que se torna incipiente pois, da aplicação do modelo surgem dados que nos permitem identificar os problemas e conseqüentemente planear as intervenções para reforçar, promover e manter o melhor funcionamento familiar nos diferentes domínios. Desta forma, está

implícita à sua aplicação, ajudar os membros da família a descobrir soluções para os seus problemas, minimizando as suas fragilidades (Wright & Leahey, 2004).

Outro aspeto constatado é que, mesmo quando há ausência de dados acerca dos pais e da família, os enfermeiros documentam com muita frequência o dado “*Acompanhado pela mãe*”. O que representa este dado para a conceção de cuidados? Que necessidades dos pais estão representadas nesta sintaxe? Constitui um dado que os enfermeiros procurem no processo? Qual a utilidade deste tipo de informação? A valorização desta informação pelos enfermeiros é explicada pela necessidade de informar com quem vão ser negociados os cuidados, mas não acrescenta, por si só, valor no âmbito do papel parental para a continuidade de cuidados.

Quanto à expressão de diagnósticos de enfermagem na documentação, verifica-se novamente um predomínio de diagnósticos no âmbito da função/processos corporais, na linha do que é transmitido oralmente, e que vem de encontro a estudos desenvolvidos por Azevedo (2010), Figueiredo (2007), Leal (2006), Silva (2006) e Sousa (2006). De acordo com Silva (2006), há fatores que condicionam o conteúdo da documentação de enfermagem e que se relacionam, entre outros, com a própria conceção de cuidados de enfermagem. O autor refere ainda que, independentemente dos contextos da prestação de cuidados, os cuidados prestados pelos enfermeiros e a documentação processada, estão fortemente relacionados com a sua própria conceção, quer da enfermagem quer dos cuidados de enfermagem (Silva, 2006). Nesta lógica, é correto inferir que ainda estamos fundamentalmente embasados no modelo biomédico para a conceção de cuidados.

Embora os focos no domínio da função assumam relevância, também encontramos enunciados diagnósticos no âmbito dos processos adaptativos, relacionando-se essencialmente com o foco Papel Parental, o qual foi identificado em quase todos os processos analisados. Assim, a documentação de enfermagem atesta que os pais são clientes dos enfermeiros, e não apenas a criança doente. Daqui emerge a ideia de que, os cuidados centrados na criança e família são o paradigma da enfermagem pediátrica. Já em 2002, num estudo realizado por Mano, este verificou não haver dúvidas que os enfermeiros consideram relevante a prática de cuidados centrados na família, nomeadamente a parceria de cuidados (Mano, 2002).

Estes dados vêm demonstrar que, à semelhança do que defende Schultz (2007), os enfermeiros são conhecedores das vantagens deste modelo de prestação de cuidados, no entanto, necessitam de um maior envolvimento nas respostas às necessidades das famílias. Ainda neste âmbito, Sousa (2012) constatou no seu estudo que, a criança é tomada como o cliente direto dos cuidados e os pais são assumidos como os seus representantes, sendo estes os intermediários necessários para atingir os objetivos dos cuidados.

Observamos que, o diagnóstico do papel parental foi documentado em quase todos processos analisados, essencialmente ajuizando sobre o potencial dos pais para manter ou melhorar o seu papel, tendo sido em dois processos, também identificado o potencial para melhorar o conhecimento, corroborando o que os autores enfatizam sobre ser este um foco sensível aos cuidados de enfermagem.

Partindo-se do pressuposto que a prática dos enfermeiros em pediatria necessita de ser baseada na teoria para ser fundamentada, e essa prática necessita de visibilidade, é essencial referir a importância dos padrões de documentação do modelo desenvolvido por Sousa (2012, p. 272), que se caracteriza pela “associação de diagnósticos de enfermagem a dados recolhidos pela atividade diagnóstica e a intervenções de enfermagem, tornando visível a tomada de decisão dos enfermeiros focalizada na parentalidade e parceria estabelecida entre pais e enfermeiros na prestação de cuidados à criança”.

Reportando-nos ainda aos diagnósticos documentados no domínio pessoa, verificamos que para além do Papel Parental, apenas foi encontrado o “Andar comprometido” e “Ansiedade”, tornando bastante redutor o investimento neste domínio. Gostaríamos de frisar que os estudos sobre documentação de enfermagem têm apontado uma maior dificuldade dos enfermeiros em documentar alterações no domínio da pessoa (Sousa, 2006).

O escasso significado dos aspetos centrais para o desempenho de atividades no âmbito do *tomar conta*: aprendizagem cognitiva (potencial para melhorar o conhecimento – documentado em 2 processos) e capacidades demonstradas pelos pais (observado em nenhum processo), evidência que a promoção da parentalidade parece ser uma dimensão dos cuidados de enfermagem que ainda não é sistematicamente documentada. Nesta

perspetiva, verificamos que a expressão de intervenções do tipo *informar* é reduzida, à semelhança do estudo realizado por Sousa (2012), onde refere que, estas intervenções seriam uma das que se associam às necessidades identificadas no domínio da aprendizagem para o exercício da parentalidade. Esta evidência pode dever-se ao facto de os doentes permanecerem no SU por períodos curtos.

As intervenções de enfermagem autónomas mais documentadas foram as do tipo *observar*, que reportam atividades diagnósticas, as quais decorreram da atividade de vigilância/observação contínua do doente. No domínio *atender*, observamos intervenções maioritariamente relacionadas com o foco papel parental, essencialmente *“apoiar e negociar o papel parental”*.

Verificámos ainda que, intervenções de enfermagem descritas na forma de narrativa em notas gerais, do tipo *“Prestados cuidados de higiene e conforto, hidratado”*(P4), e como foco *“Apresenta região inguinal macerada”* (P4), invalida que se possa mensurar o contributo dos enfermeiros nos ganhos em saúde, para as crianças e pais. O autor Silvestre (2012), refere que existe informação conhecida pelos enfermeiros sobre o doente, a qual não é registado no campo *“Processo de Enfermagem”*, com prejuízo verificado nos diagnósticos de enfermagem.

Constatamos ainda que, a utilização de termos pouco rigorosos como *“dorida / coitadita”*, não se constitui facilitador para a intencionalidade das intervenções de enfermagem a realizar na continuidade de cuidados conforme pudemos observar (P16). Por outro lado, a informação transmitida oralmente pelos enfermeiros como *“recados”*, é registada maioritariamente em notas gerais (P6).

Quanto à informação omissa, dos resultados da análise documental face à descrição feita pelo perito salienta-se que, apesar do diagnóstico *dor* ser muito valorizado em contexto de urgência, sobressaiu a omissão de informação sobre este foco, nomeadamente a expressão de dor e estratégias não farmacológicas para o seu alívio, assim como, o planeamento de intervenções neste âmbito. Essencialmente, dá-se relevância à avaliação da intensidade da dor, de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica. No guia orientador de boa prática respeitante à dor, a Ordem dos Enfermeiros salienta a importância primordial dos registos na obtenção de dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação, tendo emanado algumas recomendações, tais

como: “incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial ...” (OE, 2008, p.19). Os mesmos autores recomendam a aplicação de intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica, sendo que estas devem ser selecionadas de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (OE, 2008).

A informação relacionada com os critérios de atividade diagnóstica do foco papel parental também se encontra omissa nesta análise. Os dados indicam o desejo dos pais em participar nos cuidados, no entanto, não explicitam até que ponto desejam ser envolvidos e quais os cuidados pelos quais desejam ser responsáveis. A negociação tende a ser feita pontualmente, em vez de fazer parte de um processo planeado, implicando que a parceria aconteça conforme as necessidades vão surgindo.

Nos processos em que foi identificado o foco papel parental, encontramos prescritas as intervenções “*Apoiar e Negociar o Papel Parental*”, todavia, sem nenhuma especificação que vá ao encontro das necessidades identificadas. Em que medida o apoio que os enfermeiros vão prestar a estes pais difere do apoio a prestar a outros? Que cuidados são negociados? Verificamos que, tanto a natureza como o nível de participação parental nos cuidados, não permitem o conhecimento do contexto dinâmico dessa negociação. Estas evidências são corroboradas no estudo realizado por Sousa (2012). Dizer-se numa passagem de turno que os cuidados desenvolvimentais (mudança da fralda, alimentação, sono, entre outros) prefere ser a mãe a realizar, exceto no período da noite, é algo que parece distante. Para o perito, essa informação constar no processo, é importante porque dá intencionalidade aos cuidados e promove a continuidade dos mesmos.

Na parceria de cuidados é necessário o conhecimento da família. Esta é uma das premissas para a fase de avaliação respeitante ao Modelo de Parceria, por conseguinte, o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary é uma ferramenta muito útil para este propósito. Verificámos existirem dados sobre a dimensão estrutural (estrutura interna da família), no entanto, em relação à avaliação de desenvolvimento e da funcionalidade não são visíveis quaisquer referências. Surgem as questões: como se organizam os pais para dar resposta ao internamento? Que tarefas desenvolvimentais executam uns e outros? Como é o contexto familiar? Existem crenças associadas ao desempenho do papel? Neste contexto, é relevante conhecer se, tanto o pai como a mãe, desenvolvem as mesmas

atividades e de que forma, principalmente quando alternam a permanência na hospitalização. Pela análise documental dos resultados, não foi evidente a intencionalidade na ação terapêutica dos enfermeiros na identificação diagnóstica e prescrição das intervenções que visam garantir as melhores respostas às necessidades das famílias.

Embora se verifique alguma apropriação do modelo exposto pelos enfermeiros, está distante do modelo em uso, na medida em que não se reveste da totalidade das informações necessárias para a execução intencional das intervenções de enfermagem.

No estudo realizado sobre a parceria de cuidados de enfermagem em pediatria, Mendes e Martins (2012), verifica-se que os enfermeiros têm implícitas as concetualizações que configuram a parceria de cuidados, no entanto, existem importantes divergências entre o discurso e as ações.

A hospitalização de um filho constitui um evento crítico que interfere transitoriamente no processo natural da parentalidade, pois esta passa a ser exercida num contexto não habitual e que interrompe rotinas usuais, requerendo frequentemente que os pais façam ajustes no exercício parental de modo a satisfazer as necessidades dos filhos. Na análise dos registos, ao contrário do que verificamos pela informação transmitida oralmente, não se observa informação sobre o significado que os pais atribuem ao evento crítico (como sentem o internamento), nem sobre o grau de envolvimento e consciencialização da mudança que estão a viver. Estes resultados são corroborados por Lamond (2002) que, ao comparar a informação contida nos registos escritos e na passagem de turno verificou que, os dados psicossociais da pessoa são mencionados mais frequentemente na passagem de turno do que nos registos escritos.

A omissão desta informação levou à não identificação de diagnósticos pelos enfermeiros, no entanto, em alguns processos, o perito identificou *“Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização”*. Este facto compromete, por omissão, a intervenção dos enfermeiros neste âmbito.

Analisámos ainda processos de crianças, em que os pais se encontram numa transição para a parentalidade muito recente, apresentando falta de confiança, revelando-se a omissão de informação sobre o estado psicológico da mãe no internamento. Sabendo que

estamos perante um pós-parto, quais são as dificuldades da mãe? Em que área do cuidado ao recém-nascido tem menor nível de confiança? O perito coloca estas questões (P17) para que se possa planejar intervenções autónomas de enfermagem para ajudar a desenvolver essa confiança. Frequentemente esta informação não se encontra bem explanada, embora se vá referindo numa ou outra passagem de turno (P18), como foi descrito.

Relativamente ao autocuidado podemos notar que o serviço de urgência não tem como área de atenção este foco. Dos nove processos de adolescentes analisados, o perito constatou em quatro deles, défices no autocuidado, no entanto, nenhum diagnóstico de enfermagem desta natureza foi identificado. Neste sentido, o diagnóstico de enfermagem e os fatores condicionantes básicos do autocuidado não foram considerados relevantes, enquanto área de atenção de enfermagem, comprometendo a continuidade na assistência ao adolescente no desempenho do seu autocuidado.

Mesmo que não tenham défices no autocuidado (Teoria do Défice), os hábitos dos adolescentes, também são pouco documentados, tal como a informação sobre como realizam as atividades/ações de autocuidado (Teoria do Autocuidado) e quem preferem que os compense nas limitações (Teoria dos Sistemas de enfermagem). Se esta informação não ficar registada coloca-se em causa a continuidade de cuidados. Perspetiva corroborada por Figueiredo (2007), onde refere que a documentação se revela fundamental na transmissão de informação entre a equipa de saúde, evitando a omissão ou duplicação de cuidados e facilitando a personalização dos mesmos (diminui a necessidade de repetir as questões junto da criança e família). Claro está que, nem toda a informação faz sentido em algumas situações, sendo necessário adequá-la. Em internamentos muito curtos poderá não ser útil a pesquisa de alguns domínios de informação.

Verificámos que os focos no domínio das emoções também não foram identificados, como é o caso do medo e da ansiedade (apenas identificado em um adolescente). Uma das mais traumáticas experiências hospitalares para as crianças é a hospitalização de urgência. Neste contexto, o medo é considerado como preponderante na experiência da criança, e daí decorre que seja essencial realizar a sua gestão, no sentido de promover a mobilização ou elaboração de mecanismos de conforto (Diogo, *et al*, 2016). O mesmo

autor verifica no seu estudo, sobre os medos das crianças em contexto de urgência, que os cuidados prestados pelos enfermeiros são humanizados e afetivos, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional (Idem). Esta perspetiva verifica-se no serviço de urgência, no entanto, o seu registo ainda é pouco valorizado pelos enfermeiros.

Dos achados verificou-se que no caso em que a intervenção de enfermagem “*assistir na ansiedade*” foi prescrita (P25), também não foi planeada com uma especificação que dirija a forma como naquele adolescente se deve assistir na ansiedade. É omissa também, um conjunto de informação: como costuma o adolescente gerir os seus episódios de ansiedade? É a primeira vez que se está numa situação de hospitalização? Se não, que estratégias costuma utilizar? O perito dá ênfase às intervenções de enfermagem planeadas (P29), dirigidas à adolescente que possam ajudar a vivenciar de forma saudável a transição saúde-doença, e que ocorre em simultâneo com o seu processo de adolecer. Na ótica da continuidade de cuidados esta informação pode fazer a diferença e é sempre muito escassa na documentação.

Ainda pela análise documental, foi possível observar que a modificação do juízo diagnóstico ou evolução positiva/negativa do seu *status*, após a implementação das intervenções de enfermagem, não foi realizada em nenhum processo. Podemos depreender que se trata de um indicador da pouca relevância atribuída pelos profissionais de enfermagem à documentação do resultado das suas intervenções. De acordo com Nielson et al, citados por Silva (2006), “a alteração no juízo do diagnóstico revela-se de enorme importância, quer na avaliação do doente quer na possibilidade de inferência de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e na produção de indicadores de resultado” (p. 173).

Ressalta da análise a valorização pelo perito de dados associadas à dimensão da *pessoa*, evidenciando assim, a informação omissa /não partilhada durante a prestação de cuidados. Este facto é revelador de que, os enfermeiros necessitam de mais premissas para a tomada de decisão clínica, e a ausência de referenciais teóricos estruturados é um fator dificultador à operacionalização dos cuidados.

Em suma, verificamos que a transmissão verbal da informação em passagem de turno, para além da atividade diagnóstica relativa aos processos corporais, valoriza pouco os

dados sobre a transição dos pais que, face à doença aguda, desempenham agora o seu papel em contexto hospitalar, sendo eles também objeto de cuidados. Os dados iniciais sobre o exercício do papel parental no hospital, referem-se “à presença dos pais”, e aos “cuidados habituais em casa”, ficando omissos os aspetos facilitadores que é necessário potenciar e os dificultadores que é necessário inibir. Contudo, quando nos debruçamos sobre a documentação no processo clínico, verificamos que os enfermeiros tomaram decisões acerca da parentalidade no hospital, e que ajuizaram sobre este foco de enfermagem. Estes aspetos permitem constatar alguma visibilidade às necessidades de cuidados centrados na Família, mas obrigam a questionar por que motivo aspetos desta dimensão de cuidados, não são valorizados na transmissão oral de forma mais sistemática. Também foi possível verificar que, quando a informação sobre os pais foi partilhada oralmente, ela nem sempre se traduziu em intervenções planeadas e registadas, havendo aqui alguma discrepância entre aquilo que é transmitido e documentado, e vice-versa.

Ganhos em conhecimento e capacidades dos pais e da criança/adolescente também são uma dimensão incipiente, quer na documentação de enfermagem quer na informação transmitida oralmente, assim como, os aspetos relacionados com o autocuidado, na transição desenvolvimental. Desta forma, podem ficar omissas todas as intervenções que deem resposta aos problemas de enfermagem neste âmbito.

CONCLUSÃO

A informação é percebida como um recurso impulsionador da continuidade de cuidados, o que reforça a importância de conhecermos o teor da informação produzida pelos enfermeiros, de modo a aperfeiçoá-la e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Mota, 2010).

O recurso a uma metodologia de investigação com ênfase numa vertente qualitativa, através do estudo de caso, permitiu ao longo das suas etapas de desenvolvimento, obter resultados que passamos a descrever.

Podemos concluir que a informação transmitida pelos enfermeiros se refere à valorização da dimensão física da criança/adolescente, centrada maioritariamente na gestão de sinais e sintomas relacionados com processos corporais não intencionais (febre, dor, dispneia). Não obstante o estudo ter sido conduzido numa unidade de urgência pediátrica, e desde logo, estas serem áreas de atenção inequívocas e prementes, sabemos que a dimensão dos cuidados de enfermagem ultrapassa largamente a conceção biomédica, na medida em que, lidamos com crianças/adolescentes em desenvolvimento, assim como, com pais a gerirem o evento crítico da hospitalização e da mudança no seu desempenho parental, por vezes, para o resto da vida.

Assim, uma fatia importante da informação está focada no motivo de urgência (diagnósticos médicos), “recados” e no estado da criança em termos de vigilâncias e monitorizações dos processos corporais. De forma menos sistemática, há referências pontuais à família, aos conhecimentos dos pais para o desempenho do papel e a cuidados centrados na parceria.

Há uma parte da informação acerca das crianças e pais que não é transmitida, e que diz respeito aos processos adaptativos e à resposta a processos de saúde e doença. Neste contexto, caso os enfermeiros não consultem de forma sistemática o processo clínico, poderemos arriscar dizer que, os cuidados a prestar serão mais dirigidos à gestão de sinais e sintomas da criança, numa lógica mais executiva e menos conceptual. Nesta perspetiva, o que se transmite na passagem de turno é relativo aos domínios em que os enfermeiros mais facilmente são capazes de tomar decisões, quer no âmbito das *funções*

quer em relação a algumas prescrições de outros profissionais (atitudes terapêuticas), as quais se encontram de forma clara no processo.

Estes aspetos obrigam-nos a questionar por que motivo as necessidades de cuidados centrados na família não são valorizadas na transmissão oral. Concluindo desta forma que, é necessária mais informação neste domínio, para melhorar a qualidade nos cuidados prestados.

Projeta-se uma tendência de enfermagem relativamente ao teor da informação para a continuidade de cuidados, quer ao nível da transmissão oral quer ao nível da produção documental. Assim, também no registo, a informação centra-se, em larga medida, nos aspetos relacionados com a doença da criança no âmbito da gestão de sinais e sintomas.

Na avaliação inicial sobressai a ausência de alguns hábitos de vida da criança/adolescente e também aspetos da avaliação familiar que permitem identificar situações reais ou potenciais de cuidados de enfermagem e para as quais os enfermeiros teriam necessariamente de ter ações dirigidas. Verificamos ainda, a não valorização de informação sobre a dor, que suporte a tomada de decisão neste âmbito.

Em relação às intervenções planeadas, salienta-se a importância atribuída às intervenções relacionadas com a vigilância de forma a prevenir complicações. Desta forma, destaca-se a perspetiva de que se realiza uma importante descrição da condição de doença da criança, sendo os registos bastante sensíveis à verdadeira situação clínica, não levantando dúvidas nos cuidados de enfermagem prestados nesta área, concluindo-se ser este um aspeto positivo dos cuidados de enfermagem evidenciado neste estudo.

As intervenções relacionadas com o conhecimento e aprendizagem foram pouco valorizadas na documentação de enfermagem, pelo que, é reduzida a utilização de intervenções do tipo *informar* no serviço de urgência, aparentemente justificada pelo curto período de permanência no mesmo.

O SIE é uma ferramenta potenciadora da qualidade dos cuidados para os enfermeiros no SU, mostrando uma parametrização sensível ao contexto da urgência pediátrica, contudo, o registo ainda não demonstra a valorização de cuidados em algumas áreas, necessitando de ser introduzida informação que enforme, por exemplo, os diagnósticos identificados e

as intervenções planeadas. Pouca informação pode condicionar a tomada de decisão e prejudicar a qualidade dos cuidados.

Não obstante, os enfermeiros têm-se preocupado em melhorar a informação produzida nos registos, o que levou a uma evolução dos mesmos, sendo este, outro aspeto positivo revelado neste estudo. Constata-se que a evolução da atividade diagnóstica e sugestão de diagnóstico/intervenções de enfermagem, mediante *score* obtido na avaliação, institui maior rigor, objetividade e sistematização nesse mesmo processo de tomada de decisão, possibilitando a redução de erro.

No que à visibilidade dos cuidados de enfermagem diz respeito, salienta-se a ausência da evolução clínica, na medida em que, o juízo relativo ao diagnóstico não se mostrou alterado, contudo, os dados das vigilâncias são consonantes com essa evolução.

Uma parte da informação transmitida nas transições de cuidados não é concordante com a informação vertida na documentação, tendo em conta que: o papel parental (avaliação da condição e parceria) raramente é referenciado na PT; é transmitida informação da atividade diagnóstica relativa ao domínio da *função* e processos corporais, mas a verbalização intencional dos diagnósticos de enfermagem documentados, não é uma realidade na PT; quando oralmente se transmite informação fragmentada no domínio da *pessoa*, excepcionalmente ela é traduzida no planeamento de cuidados dirigidos aos problemas identificados, ou seja, dados valorizados neste domínio para ser transmitidos, nem sempre foram expressos na documentação.

Neste contexto, a parte da informação da PT concordante com a informação documentada, corresponde às vigilâncias, monitorizações, medicação e atitudes terapêuticas. Salientando-se que a informação contida nos registos é sempre mais completa e detalhada do que a informação da PT, justificado pelo facto dos registos representarem um documento legalmente reconhecido. No entanto, a PT revela alguns dados que não são registados, essenciais para a continuidade de cuidados.

Consideramos que o SIE pode ajudar a estruturar e uniformizar a informação partilhada oralmente, se o tivermos como suporte, evidenciando assim, a dimensão autónoma de enfermagem que, por vezes se mostrou escassa no discurso da passagem de turno.

A nível da documentação produzida, as conceções de cuidados que emergem, aproximam-se um pouco mais do modelo exposto, na medida em que, se constata, em muitos dos processos analisados, decisões relativas ao foco Papel Parental, bem como, decisões que vão ao encontro dos hábitos das crianças.

O conceito de parceria de cuidados está bastante difundido na literatura e na prática de enfermagem dos serviços de internamento pediátrico, não sendo diferente no SU. A evolução feita sobre a parceria de cuidados ao nível do registo é outro aspeto positivo que sobressai neste estudo. No entanto, verificamos que ainda há um caminho a percorrer, pois as intenções dos enfermeiros no planeamento da parceria de cuidados que estabelecem com os pais, mostram-se incipientes no que se refere às intencionalidades terapêuticas orientadas para os resultados. Assim, destacou-se a ausência na prescrição do cuidado de enfermagem quanto ao detalhe, que traduza a intencionalidade, que diferencia uma intervenção com a mesma designação e a forma como deve ser instituída, tendo em conta os resultados esperados.

Para estabelecer com a família a parceria de cuidados, é necessário a utilização de uma ferramenta essencial - o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, verificando-se que apenas o registo de dados na dimensão estrutural constitui-se insipiente para a identificação de problemas neste domínio.

Pelo exposto, constatamos o que designamos por cuidados omissos, ou seja, áreas de atenção que emergem dos dados transmitidos/documentados e que acabaram por não surgir ao longo da continuidade da análise. É sabido que, para os processos adaptativos, os enfermeiros necessitam de mais premissas para a tomada de decisão clínica, e a ausência de referenciais teóricos estruturados é um fator dificultador á operacionalização dos cuidados, notando-se ainda alguma dificuldade em introduzir aspetos característicos dos modelos expostos, nos modelos em uso nas práticas profissionais.

Sobressai da prática dos enfermeiros que, a informação partilhada está fortemente relacionada com as suas concessões de cuidar em enfermagem, focalizando a sua atenção maioritariamente na doença e não tanto na *pessoa* como um todo. Assim, podemos concluir que a informação autónoma de enfermagem parece omissa relativamente à dimensão *pessoa*, nas respostas humanas às transições e aos processos de vida.

Em relação aos adolescentes, verificamos que as necessidades de cuidados identificadas nos registos, se reportam apenas ao indivíduo doente, em que a atenção do enfermeiro se centrou essencialmente na transição saúde-doença, não tornando evidentes as necessidades em cuidados que resultam de outros tipos de transição, como a desenvolvimental.

O autocuidado foi outra dimensão não valorizada pelos enfermeiros, na documentação analisada, quer ao nível dos fatores condicionantes básicos do autocuidado quer dos diagnósticos identificados, colocando em causa a continuidade na assistência ao adolescente, no que respeita ao desempenho do seu autocuidado.

Importa ainda referir que, o trabalho desenvolvido constituiu um desafio, na medida em que, permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, pela oportunidade de reflexão das práticas prestadas, assim como, um conhecimento no campo da metodologia qualitativa levando ao desenvolvimento de competências neste domínio da investigação.

LIMITAÇÕES

As conclusões que este estudo permitiu alcançar, não são suscetíveis de poderem ser generalizadas, uma vez que se trata de um estudo de caso, em que o fenómeno estudado apresenta características muito específicas.

Consideramos também como limitação, o facto de o processo do perito não constituir um processo “ideal”, tendo sido realizado apenas com base nos dados que tinha ao seu dispor na altura (processo de enfermagem), não explorando outros dados relevantes da criança e família, essenciais para a tomada de decisão autónoma de enfermagem.

Sabendo os enfermeiros que a PT estava a ser gravada, constitui uma limitação, no sentido em que, estes poderão ter modelado o seu discurso em função do objetivo pretendido.

Ainda que, os estudos de cariz qualitativo tenham como uma das suas características próprias, o envolvimento do investigador na pesquisa, não se deve deixar também de mencionar como possível limitação, o facto de a investigadora pertencer à equipa de enfermagem do SU, o que poderá ter influenciado a interpretação e discussão dos resultados. Contudo, ao longo do desenvolvimento deste estudo, houve grande preocupação em salvaguardar esta situação, através do recurso a outros profissionais que validaram a análise da informação.

Apesar destas limitações, os objetivos a que nos propusemos foram alcançados, e acreditamos que, os resultados obtidos podem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança e família, no contexto onde decorreu este estudo.

PROPOSTA DE MELHORIA

A reflexão acerca dos resultados deste estudo e a discussão em torno dos mesmos, poderão ter várias implicações na prática de cuidados. Desta forma, podemos colocar a questão sobre qual a informação relevante a transmitir na PT? Não chegará apenas transmitir “recados”? Será que, o que apelidamos de SIE é de facto um sistema onde os enfermeiros se subsidiam para ir buscar informação? Poderia a PT ser organizada com o apoio do SIE?

Neste contexto, propomos que a PT seja apoiada no SIE, enquanto contributo para a organização dos cuidados, e não apenas de apoio à documentação de enfermagem. Consideramos que, desta forma, poderá reduzir-se o erro e melhorar a informação transmitida, mais centrada nos problemas de enfermagem, evidenciando deste modo a informação relevante a transmitir.

Para que o processo de mudança seja efetivo, consideramos importante o envolvimento da chefia, dando a conhecer os resultados deste estudo, e mostrando que existe espaço para que sejam desenvolvidas ações, no sentido de melhorar a informação transmitida oralmente e a registada.

A identificação do conteúdo de informação produzida pelos enfermeiros, no contexto de prestação de cuidados no SU, foi um resultado de relevo que este estudo produziu. Como forma de otimizar a documentação de enfermagem, importa consciencializar os enfermeiros (através de sessões de trabalho) para os problemas encontrados na informação partilhada, possibilitando uma melhor reflexão sobre os cuidados prestados.

Para concretizar as oportunidades de desenvolvimento e sustentar as mudanças, irá ser proposto a realização de formação em serviço, acerca de algumas premissas em falta, tendo em conta os referenciais teóricos da instituição que tem por base toda a ação de enfermagem, podendo constituir-se uma mais-valia para relevar áreas que se mostraram menos valorizadas, incluindo nas auditorias periódicas (já existentes), a valorização desse conteúdo, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Sugere-se ainda a retomada da discussão em grupo dos processos auditados, de modo a refletir sobre as práticas desenvolvidas. O desafio consiste em evoluir para um modelo

que incorpore aspetos de saúde relevantes, associados a processos estruturados que auxiliem a tomada de decisão dos enfermeiros.

No sentido de melhorar o conteúdo da informação, essencialmente a transmitida oralmente, sugere-se a eliminação de termos/dados que nada acrescentam à continuidade de cuidados.

O reconhecimento de que, este estudo permitiu abordar apenas uma perspetiva da problemática da partilha de informação em contexto de prestação de cuidados de enfermagem no SU, possibilitou identificar outras áreas de investigação dentro da mesma. Assim, sugerimos que no futuro possam ser desenvolvidos outros estudos que permitam, por exemplo, identificar as dificuldades inerentes à valorização da informação em determinadas áreas da conceção de cuidados, de modo a desenvolver estratégias para as minimizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, P. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26621/2/Tese Mestrado Paulo Azevedo.pdf>
- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (nº 7), 113–122. <https://doi.org/10.12707/riii11140>
- Ballard, E. C. (2006). Exploration of nurses' information environment. *Nurse Researcher*, 13(4), 50–65. <https://doi.org/10.7748/nr2006.07.13.4.50.c5989>
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162–180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 402–410.
- Blondon, K., S., Ehrler, F., Le Godais, S., Wojtasikiewicz, J.-Y., & Couderc, C. (2017). Approaches to Improving Nursing Handoffs in Surgical Wards. *Open Journal of Nursing*, 07(09), 1034–1043. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.79075>
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiência dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao Ana Cristina A.pdf>
- Cavaco, V., & Sousa, P. (2013). Passagem de turno: Uma reflexão. *Sinais Vitais*. Obtido de https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflexão
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Gasper, E.; Tucker, A. - *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press.
- Catchpole, K. R., De Leval, M. R., & Mcewan, A. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality - CATCHPOLE - 2007 - Pediatric Anesthesia - Wiley Online Library. ... *Anesthesia*, 470–478. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2007.02239.x>
- Cho, I., Kim, E., Choi, W. H., & Staggers, N. (2016). Comparing usability testing outcomes and functions of six electronic nursing record systems. *International Journal of Medical Informatics*, 88, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.01.007>
- Conselho Juridiscional. (2005). Legitimidade de registro efetuados por alunos de enfermagem no processo clínico. *Ordem Dos Enfermeiros*, (17), 20.
- da Costa, S. P., Paz, A. A., & de Souza, E. N. (2010). Evaluation of nursing records on the physical examination. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 31(1), 62–69.

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100009>

Dean, P. J. (2009). Nurse-to-Nurse Caring Begins with Shift-to-Shift Report. *International Journal of Human Caring*, 13(2), 21–25. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.13.2.21>

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Diário Da República*, 2.ª série(28), 3882(2)-(10). Obtido de <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&drelD=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>

Diogo, P., Vilelas, J., & Rodrigues, L. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 1: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido em fevereiro 12, 2020, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 836–846. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01723.x>

Grupo Sistemas de Informação em EnfermagemCHUC-SIDE(2017). *Tomada de decisão em enfermagem no CHUC- o percurso da mudança*. Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, (1ºed). Coimbra.

Erdley, W. S. (2005). Concept development of nursing information. A study of nurses working in critical care. *CIN - ComputersInformatics Nursing*, 23(2), 93–99. <https://doi.org/10.1097/00024665-200503000-00009>

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21.

Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>

Figueiredo, R. M. S. A. (2007). *A pessoa em fim da vida no hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido de [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A PFV no hospitalModelos de cuidados que emergem da documentao de enfermagem.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A_PFV_no_hospitalModelos_de_cuidados_que_emergem_da_documentao_de_enfermagem.pdf)

Fortin M. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização* (3.ª ed) Loures: Lusociência.

Franco, M. T. G., Akemi, E. N., & D'Inocento, 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), 163–170. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>

Giske, T., Melås, S. N., & Einarsen, K. A. (2018). The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e767–e775. <https://doi.org/10.1111/jocn.14177>

Gordon, M., & Findley, R. (2011). Educational interventions to improve handover in health

care: A systematic review. *Medical Education*, 45(11), 1081–1089. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04049.x>

Grupo Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem. (2017). *Tomada de decisão em enfermagem no CHUC - O percurso da mudança* (1^a ed). Coimbra: Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Coimbra.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(22), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Hochenberry, M., Wimkelstein, M., & Wilson, D. (2006). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica* (7.^a ed.). São Paulo: Mosby.

InternacionalCouncil of Nurses. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP[®] - Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE Versão2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Jesus, E. H., & Sousa, P. F. (2011). Sistemas de informação e profissionais de saúde: visão dos enfermeiros. In Pereira, D., Nascimento, J. C., & Gomes, R. *Sistemas de informação na saúde; Perspetivas e desafios em Portugal*. Lisboa: Sílabo.

Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 1(3), 439–442. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(07)33128-0)

Johnson, Maree, Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 462–470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x>

Jorm, C. M., White, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical handover: critical communications. *The Medical Journal of Australia*, 190(11), 108–109.

Kim, M. Y., & Oh, S. (2016). Assimilating to hierarchical culture: A grounded theory study on communication among clinical nurses. *PLoS ONE*, 11(6), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156305>

Klim, S., Kelly, A. M., Kerr, D., Wood, S., & Mccann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: An individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2233–2243. <https://doi.org/10.1111/jocn.12274>

Lamond, D. (2000). The information content of the nurse change of shift report: A comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 794–804. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01349.x>

Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades*. Loures: Lusociência.

Losee. (1997). A discipline independent definition of information. *J. of the American Society for Information Science*, 68789.

Manias, E., & Street, A. (2000). The handover: Uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 373–383.

<https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1523>

Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(8), 53–61. Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14

Marim, H. D. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics, 2*(1), 20–24. Retrieved from <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>

Martins ... [et al.], A. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem, 12*(2), 52–61.

Matsuda, L. M., Petry Paulo da Silva, D. M., Martinez Évora, Y. D., & Henriques Coimbra, J. Â. (2009). Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem, 8*(3), 415–421. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7080>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(6), 113–121. <https://doi.org/10.12707/RIII1144>

Mota, L. A. N. Da. (2010). *Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55361/2/TeseLilianaMotaMIM.pdf>

Mota, L., Pereira, F., & Sousa, P. (2014). Sistemas de informação de enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 85–91. <https://doi.org/10.12707/riii12152>

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académico de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal. Obtido de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid eticas na investig academica em enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf)

Ochoa-Vigo, K., Pace, A. E., Rossi, L. A., & Hayashida, M. (2001). Avaliação o da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 35*(4), 390–398. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342001000400012>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Divulgar*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem - Princípios

-
- básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–8. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008). *Guia orientador de boa prática. Cadernos OE*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. NORTPRIN, Artes Gráficas, S.A. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia orientados de boa prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Tipografia Tadinense, Artes Gráficas. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Paula Da Cunha, A., Ferreira, J. M., & Rodrigues, M. A. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(1), 7–16.
- Pereira, F. M. S. (2001). *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de Enfermagem*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Pereira, F. M. S. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - Autocuidado: Conceito central da Enfermagem* (1.^a ed.). Coimbra: Formasau.
- Pimpão, F. D., Filho, W. D. L., Vagheti, H. H., & Lunardi, V. L. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 18(3), 405–410.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Reid, R. J., Haggerty, J. L., & McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. *Health Services Research Foundation*, 258. Obtido de http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(19), 39–48.
- Riesenberg, L. A., Leisch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic
-

review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09>

Rikos, N., Linardakis, M., Rovithis, M., & Philalithis, A. (2018). Features of recording practices and communication during nursing handover: a cluster analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 52, e03401. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018006203401>

Santos, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, (10), 47–57.

Schultz, L. F. (2007). *A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho*. Universidade de Guaruchos. Guaruchos. Obtido de <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/211/1/Lidiane%252BFerreira%252BSchultz.pdf>

Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*, 24(20), 35–39. <https://doi.org/10.7748/ns2010.01.24.20.35.c7453>

Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: Do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12(1), 37–42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x>

Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Formasau.

Silva, A. P. (2007). “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(12), 11–20.

Silva, M. A. P. (2011). *As intenções dominantes nas concepções de Enfermagem-estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Universidade Católica Portuguesa. Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>

Silvestre, M. C. C. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas? Sobre Determinantes da Saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Obtido de [D2011_10003621013_21036019_1 \(4\).pdf](http://hdl.handle.net/10400.14/13972)

Simões, C., & Simões, J. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, II(4), 9–23.

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift handover. *Revista de Enfermagem Referência*, 2019(21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>

Sousa, Paula. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto Ciências da Saúde. Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>

Sousa, Paulino. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo. Coimbra: Formasau.

Steubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusodidata.

-
- Stewart, K. R. (2016). SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. *Honors Theses*. Obtido de <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.pt/&httpsred>
- Taylor, J. P., & Taylor Jr, J. E. (2001). *O processo de enfermagem de urgência e diagnóstico de enfermagem*. In Sheehy, S. - *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (4.^a ed). Loures: Lusociência.
- Texeira, J., & Cardoso, P. (2003). Sistemas de informação - o que registrar? *Nursing*, (182), 18–19.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Técnicas de enfermagem e a sua obra* (5.^a ed). Loures, Portugal: Lusociência.
- Vale, I., Souza, S., & Carmona, E. (2005). Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit. *Journal of Nursing Terminologie and Classifications*, 16(3–4), 65–74.
- Venturini, D. A., & Marcon, S. S. (2008). Nursing reports in a surgical unit at a school hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 570–577. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000500007>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2004). How to conclude or terminate with families. *Journal of Family Nursing*, 10(3), 379–401. <https://doi.org/10.1177/1074840704267451>
- Yin, R. T. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25–32. <https://doi.org/10.1590/s0104-11691999000300005>

ANEXOS

Caso 1

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	Não me parece que esta família tenha grande suporte social e recursos;	"Este é o primeiro internamento, ou seja, eu acho que em casa já faz estas crises de cianose. A mãe diz que ele é muito choroão"; "Nos períodos de maior irritabilidade de saturação para os 65%, mas reverte acalmando-o ao colo"; "Nessa tarde em que chegou fez imensas crises cianóticas. Chegou a ter 56%-65% de SatO2. O normal dele é 78%-80%"; "Percebemos que não está muito à vontade, este é o 3º filho."; "Mas não tem nada a ver com o primeiro dia"; "Tem esta do apirético"; "...basta chorar um bocadinho, baixa logo e fica todo cianoso da".	"Por dor..."		"Demos-lhe banho"; "...foram realizados alguns ensinamentos sobre segurança e a alimentação"; "O pai saiu por volta das 13.30h e foi buscar a mãe, e é ela que vai ficar durante a tarde".	"A chega da fez Multiplex que identificou um enterovirus e rino virus e colheitas que identificaram leucocitose"; "No momento das colheitas como foi muito difícil de punccionar e arranjar acesso ficou com cateter no pé direito"; "Tem perfusão de G5% em SF com Kcl a 10ml/h"; "Tem O2 por funil a 3l/min"; "Iniciou por isso amoxicilina 300mg 12/12h, as 10h e as 22h"; "...fez hoje de manhã às 7h, Paracetamol, às 9.50h fez o brufan e às 13.05h novamente o paracetamol retal"; "Bolsou 1 vez e teve um vômito a alimentar às 13.30h"; "Teve também uma dejeção de cor esverdeada, grumosa e em quantidade moderada"; "A indicação médica é para manter as SatO2 igual ou superior a 80%"; "Alimento u-se bem, mamou 3 vezes no turno, a última vez às 13,15h (90ml de leite adaptado), mas tem prescrito 120ml de NAN I"; "No primeiro dia a forma de o acalmar foi com morfina que tem prescrito em SOS"; "Já fazia propanolol em casa e foi a justa da a dose, faz 7,5 mg às 7h-15h-13h".		
Processo Enfermagem (documentação)	Muito chorosa; Agrava com o posicionamento; Dor 8- Escala Flacc; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - Sím ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital - Sím ; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sím ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital - Sím ; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sím ; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - Sím ; Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) - Conhecimento para tomar conta: Alimentação: Não demonstra; Eliminação: Não aplicável; Higiene: Não aplicável; Segurança: Não demonstra (percebemos que o pai não está muito à vontade, apesar de ser o terceiro filho)	Dor;	Potencial para manter PP complexo durante a hospitalização; Potencial para melhorar o conhecimento da mãe ou do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Promover papel parental; Negociar papel parental; Executar: Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas; Gerir: Referir para o serviço médico; Informar: Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre a alimentação; Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre prevenção de acidentes; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar dor; Vigiar dor; Vigiar eliminação intestinal; Avaliar condição do papel parental; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização.	Dieta; Vigilância de vômitos; Vigilância da eliminação intestinal; Vigilância de crises cianóticas; Monitorização da Sat O2; Cateterismo periférico; Oxigenoterapia; Monitorização de Sinais vitais; Soro G5% em SF com Kcl 7,5% (2/100) a 10ml/h; Propanolol; Morfina			
Processo Enfermagem realizado por Peito	Processo Familiar - terceiro filho; sem suporte familiar; Sensações: Dor História de dor - períodos de grande irritabilidade e choro; Estratégias de alívio da dor - acalma ao colo; mãe refere que é um bebé que chora muito; Hábitos de alimentação (NAN 120 ml); Hábitos higiene - banho em dias alternados	Períodos de grande irritabilidade e choro; Papel Parental: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - Sím ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital - Sím ; Tem conhecimento sobre a situação da cr. - Sím ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital; Não (esta família não tem grande suporte social e recursos): Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital; Sím (este é o primeiro internamento); Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) - Conhecimento para tomar conta: Alimentação: Não demonstra; Eliminação: Não aplicável; Higiene: Não aplicável; Segurança: Não demonstra (percebemos que o pai não está muito à vontade, apesar de ser o terceiro filho)	Dor	Potencial para melhorar conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta das necessidades desenvolvimentais Risco de compromisso do papel parental complexo durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta (Higiene); Promover papel parental; Negociar papel parental; Orientar para o serviço social; Executar: Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas (colo e sacarose); Gerir: Referir para o serviço médico; Informar: Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre alimentação; Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre prevenção de acidentes; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar dor (Escala FLACC); Vigiar dor; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização.	Dieta; Vigilância de vômitos; Vigilância da eliminação intestinal; Vigilância de crises cianóticas; Monitorização da Sat O2; Cateterismo periférico; Oxigenoterapia; Monitorização de Sinais vitais; Soro G5% em SF com Kcl 7,5% (2/100) a 10ml/h; Propanolol; Morfina		

Caso 2

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ele tem 8 meses, portanto já faz sopa ao almoço com carne, fora disso ao lanche faz papa ou leite. A mãe dá-lhe o NAN2 150ml, mas ele tem mamado menos"; "Tem um irmão mais velho de 6 anos e o Pai diz que vai ficar com o irmão e não volta a vir"; "Com febre também desde o início desta semana, já há 5 dias".	"... polipneia e tiragem global"; "Aqui diz que é uma tosse cianosante mas eu acho que é mais roburizante"; "Fez o último pico febril agora..."; "...também desde o início desta semana, já há 5 dias"; "Sem necessidade de O2 suplementar, estava com 100%, mas apresenta uma polipneia de 60 ciclos/min"; "A tosse é que o atrapalha ainda muito"; "Perguntei-lhe se achava que ele queria mamar agora, uma vez que já passaram 2 horas, mas ele parece-me estar bem e como esta com febre agora, se calhar deixa-lo descansar"; "É a mãe que vai ficar a acompanhar"; "Eles apesar de serem de perto não tem grandes posses. Não sei que é que o médico disse à mãe mas ela esta convencida que vai amanhã embora".				"...às 20h e acabamos de dar o paracetamol oral, que ele toma bem"; "Foi colocado agora o cateter no pé direito"; "Tem difíceis acessos e acabou de fazer ampicilina que tem prescrita de 6/6h (18h-0h-6h-12h)". "Tem um soro em curso – Glicose a 5% em SF co Kcl7,5% a 24ml/h".		Deu entrada em UICD, realizado acolhimento
Processo Enfermagem (documentação)	Características da tosse: tosse roburizante por períodos emetizante; Características da respiração: polipneia +tiragem global; Manifestações do quadro febril: pele marmoreada, quente ao toque, porém alhar atento; Estratégias para baixar a Temp. Administrado antipirético oral com boa tolerância; Hábitos alimentares LA Nan 2 – 150 ml- agora mama menos (60-80 ml de 2/2h). Sopa enriquecida carne (frango ou peru) – almoço. Papa ou leite –lanche da tarde; Hábitos de sono: Habitualmente dorme a noite toda acordando as vezes para mamar; Composição familiar: Tem um irmão com 6 anos. Vivem ambos com os progenitores; Papel Parental: Mãe fica durante o internamento. Pai sem condições de transporte de vir, fica com o irmão mas velho; Recursos da comunidade: Frequenta a creche	Avaliar dispneia -Alteração da profundidade - Sim; Uso dos músculos acessórios-Sim; Esforço respiratório em repouso-Sim; polipneia-Sim; Tiragem-global: Dificuldade em respirar (com esforço, desconforto e falta de ar)- Sim, Avaliar condição PP- PPespecial (monitorização e dispositivos de perfusão)) Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sim	Dispneia Febre	Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Elevar a cabeça da cama; Inserir cateter venoso periférico; Gerir: Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir Oxigenoterapia; Otimizar cateter venoso periférico; Observar; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental; parceria de cuidados durante a hospitalização.	Dieta; Vigilância da tosse; Monitorização da Sat O2; Cateterismo periférico Oxigenoterapia; Monitorização de Sinais vitais; Glicose 5% em SF com Kcl a correr a 24 ml/h; Ibuprofeno 35 mg SOS até 3ld; Paracetamol 100mg SOS até 3ld Ampicilina 500mg 8/8h		
Processo Enfermagem realizado por Perito	História da febre / Manifestações do quadro febril (febre já há 5 dias); Hábitos alimentares: mama NAN 2 150ml (agora menos que o habitual); almoço com carne; lanche papa ou leite; agora a mamar em duas em duas horas); Características do sono: Habitualmente dorme a noite toda acordando as vezes para mamar; Composição familiar: Tem um irmão com 6 anos. Vivem ambos com os progenitores; Papel parental Mãe fica durante o internamento. Pai sem condições de transporte de vir, fica com o irmão mas velho; Recursos da comunidade: Frequenta a creche	Avaliação da dispneia – polipneia e tiragem global; Febre – último pico às 20h; Avaliar condição PP- PPespecial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital: Não (a mãe está convencida que vai embora amanhã); Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Não; Tem rede de apoio adequada às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital: Não (a mãe perguntou se lhe arranjávamos alguma coisa para comer"; "o pai vai embora e não pode voltar, fica a cuidar do irmão; é a mãe que vai ficar a acompanhar, não têm grandes posses"; Deseja participar nos cuidados durante a hospitalização- SIM (cuidados desenvolvimentais)	Dispneia Febre	Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Orientar para serviço social; Executar: Elevar a cabeça da cama; Inserir cateter venoso periférico; Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir Oxigenoterapia; Otimizar cateter venoso periférico; Gerir regime medicamentoso (febre); Informar : Ensinar mãe e (ou) pai sobre papel parental durante a hospitalização - ajudar a mãe/pai e identificar as necessidades da criança (respiração); Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental; parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigilância da tosse; Monitorização da Sat O2; Cateterismo periférico Oxigenoterapia; Monitorização de Sinais vitais; Glicose 5% em SF com Kcl a correr a 24 ml/h; Ibuprofeno 35 mg SOS até 3ld; Paracetamol 100mg SOS até 3ld Ampicilina 500mg 8/8h		

Caso 3

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM						Motivo internamento	Outros dados / Recados
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)		Intervenções enfermagem	Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)		
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ele estava no ambulatório acompanhado pela madrastra, mas agora não está cá, terá ido jantar .Estava uma avó lá fora mas não quis entrar porque fica muito afrontada dentro dos hospitais. O Pai também aí esteve mas foram os dois jantar".	"...tonturas e vômitos"; "...um pouco taquicárdico e hipotenso, mas conosco a tensão arterial já estava melhorzinha"; " As frequências cardíacas estão na ordem dos 90 bat/min."; "...fica porque ele ainda está muito sonolento"; "...ele apresenta algum desequilíbrio do tronco"; "Perguntei-lhe agora se ele queria comer, ele disse que não".		"Pus-lhe só o andar comprometido".		Fez pesquisa de tóxicos na urina e está com soro a 95ml/h.	"Fumou uma ganza".	"Fica em observação até amanhã"; " A ideia era dar-lhe alta e marcar consulta do adolescente".
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: Dieta sem restrições; Hábitos de Eliminação: Eliminação diária; História de Dor: Sem história de dor; Consciência: Orientado mas sonolento; Uso de substâncias (Drogas): Verbalizou o consumo hoje de "ganza"; Interação de Papeis (outros dados): Acompanhado ao SU pela madrastra e o Pai	Desequilíbrio do tronco (pela sonolencia apresenta desequilíbrio do tronco e da marcha) ; Avaliar o andar - Coloca-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio (necessita de ajuda de pessoa); Mover-se com marcha eficaz (necessita de ajuda de pessoa); Percorrer distancias moderadas (necessita de ajuda de pessoa); Andar em aclives e declives de forma eficaz (necessita de ajuda de pessoa); Percorrer pequenas distancias dentro do quarto (necessita de ajuda de pessoa); Subir e descer escadas de forma eficaz (necessita de ajuda de pessoa)		Andar dependente em grau moderado	Atender: Assistir no andar; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar tensão arterial; Avaliar o andar	Monitorizar Sinais Vitais; Vigiar estado de consciência; Dieta; Cateterismo periférico		Deu entrada em UICD
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares:? ; Hábitos de Eliminação: Eliminação diária; Consciência: Orientado mas sonolento; Uso de substâncias (Drogas): Verbalizou o consumo hoje de "ganza "; Interação de Papeis (outros dados): Acompanhado ao SU pela madrastra e o Pai	Avaliar risco de queda (desequilíbrio do tronco; sonolência, por ter consumido estupefaciente) Avaliar andar- Coloca-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio (necessita de ajuda de pessoa); Mover-se com marcha eficaz (necessita de ajuda de pessoa); Percorrer distancias moderadas (necessita de ajuda de pessoa); Andar em aclives e declives de forma eficaz (necessita de ajuda de pessoa); Percorrer pequenas distancias dentro do quarto (necessita de ajuda de pessoa); Subir e descer escadas de forma eficaz (necessita de ajuda de pessoa)		Risco de queda elevado; Andar dependente em grau moderado	Atender: Assistir no andar (<u>ajudar ir ao WC</u>); Executar: Executar <u>medidas de segurança</u> ; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar tensão arterial; Avaliar o andar.	Monitorizar Sinais Vitais; Vigiar estado de consciência; Dieta; Cateterismo periférico		Deu entrada em UICD

Caso 4

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"É um menino que mama ao peito..."	"...região inguinal macerada"; "A mãe tem então a noção que está doente mas não da gravidade e daquilo que poderá acontecer"; "Cuidadas de higiene precários neste bebê"; "É um miúdo que estava a preocupar de alguma forma, por oscilações das SatO2"; "...as SatO2 estão bem"; "...tem secreções fluidas transparentes..."; "...tem uma tiragem global mas nada de especial e sem repercussão nas mamas"; "...o miúdo estava arrefecido"; "Apirético"; "Frequência cardíaca sempre dentro dos parâmetros normais e frequência respiratória também".	"Não tem uma dispneia muito importante"; "Ele tem um expetorar eficaz".	"É um menino que tem Papel Parental comprometido".	"Foi necessário insistir com a mãe, de alguma forma, para chamar antes da mamada, para fazer a higiene nasal"; "...de qualquer forma eu aspirei-o agora"; "Quando lhe fui dar banho...." "Vesti-o adequadamente, aqueci-o..."; "Tomou banho à bocadinha foi aplicada Vit A."	"Aqui fez colheitas..."; Ficou no isolamento para vigilância"; "Coloquei-lhe uma gota de neisinefrina".	"deu entrada por uma tosse com rubor facial + uma cianose"; interrogada"; "Terá feito um episódio de tosse cianosante mais aparatoso em casa"; "tem então uma "Pertussis"	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos de alimentação: Leite materno exclusivo de 3/3h. Mama cerca de 8 min; Hábitos de eliminação: ha bitualmente após as mamadas; Hábitos de higiene: Banho geral de 2/2 dias, pelas 16h; Composição familiar: mãe, pai e irmão com 3 anos.	Avaliar dispneia- dificuldade respiratória (com esforço, desconforto crescente e falta de ar); Avaliar condição papel parental - PP especial; Avaliar papel parental: Avaliar a parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização. - Sim	Dispneia; Expetorar comprometido	Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta (Esp: tomar conta da higiene); Executar: Elevar a cabeceira da cama; Aspirar secreções; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Vigiar refeição; Avaliar expetorar; Vigiar secreções; Avaliar exantema; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigiar exantema; Monitorização da Sat O2; Oxigenoterapia; Monitorização de sinais vitais		Entra em UICD. Prestados cuidados de higiene e conforto, hidratado. Apresenta região inguinal macerada, aplicada pomada da mãe. Feita higiene nasal, pele marmorada, por arrefecimento periférico.
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos de alimentação: Leite materno exclusivo de 3/3h. Mama cerca de 8 min; Hábitos de eliminação: habitualmente após as mamada; Hábitos de higiene: Banho geral de 2/2 dias, pelas 16h. Processo Familiar- mãe, pai e irmão com 3 anos.	Avaliar condição Papel parental: PP desenvolvimental; Avaliar a parceria de cuidados: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital- Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital- Sim (<u>articula com o pai e avós maternos, para cuidarem do irmão de 3 anos</u>); <u>Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização- Sim (cuidados desenvolvimentais- refere que necessita de ajuda nos cuidados de higiene, porque o pai é que costuma dar o banho);</u> Avaliar expetorar - Expele secreções-não; reflexo de tosse presente; Avaliar dispneia - dificuldade respiratória (com esforço, desconforto crescente e falta de ar); Tiragem global e polipneia.	Expetorar comprometido Dispneia	Potencial para manter Papel parental desenvolvimental durante a hospitalização	Atender (Cuidar); Apoiar papel parental; Negociar papel parental; <u>Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta Esp: tomar conta da higiene</u>); Executar: Elevar a cabeceira da cama; Aspirar secreções; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar expetorar; Vigiar secreções; Avaliar exantema; Vigiar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização.	<u>Vigilância de tosse:</u> <u>Isolamento</u> Monitorização sinais vitais; Dieta; Monitorização da SatO2; Oxigenoterapia		Deu entrada em UICD

Caso 5

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Faz NAN 1 140ml 3/3h. Durante a noite não mama".	"...e recusa alimentar..."; "Apresenta polipneia + tiragem global e adejo nasal intermitente"; "Não me parece ter acesso de tosse frequentes mas na vinda para cá teve um acesso mais prolongado"; "Sem febre nos últimos 3 dias mas tiragem estava subfebril (37,5°C). Agora apirética"; "Registei que fica a mãe a acompanhar mas agora chegou o Pai e estavam a negociar"; "O dormir dessatura para os 90%"; "...quando cheguei lá tinha 98% e decidi não colocar".	"...e a dispneia."	"Identifiquei o Papel Parental."	"Na 3ª-feira fez Multiplex e tem um Rinovirus+ enterovirus".	"É uma 3ª vinda ao serviço neste episódio de doença".	"Avaliei os sinais vitais agora mas não ficou registado no plano de cuidados, porque registei em agora"; "A mãe diz que toma Ferro + Vigantil ao almoço mas não está prescrito".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos de alimentação: Leite Nan 1 3/3h, 140 ml; Hábitos de sono: Dorme a noite toda; Composição familiar: pai, mãe e bebé; Processo familiar: Gravidez gemelar, 1ºfeto faleceu após nascimento nas primeiras horas; Interação de papéis: Fica acompanhada pela mãe que deseja participar nos cuidados.	Avaliar condição papel parental: manter PP complexo; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização- Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sim ; Avaliar dispneia- com esforço respiratório em repouso- Sim ; Alteração da profundidade respiratória- Sim ; Uso dos músculos acessórios- Sim ; Tiragem-global; Esforço respiratório a pequenos esforços- Sim ; Dificuldade em respirar (com esforço, desconforto crescente e falta de ar)- Sim	Dispneia	Potencial para manter o papel parental complexo durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Promover papel Parental; Incentivar o repouso; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Monitorização do peso; Dieta; Vigilância da ventilação; Monitorização SatO2; Monitorização sinais vitais	Fica em UICD acompanhado pela mãe; Agravamento da dispneia. Contactado médico para vir observar; Por indicação médica foi aplicada EMLA no dorso da mão esquerda.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares : Nan 1, 140ml de 3/3h. <u>Sopa passada de carne ou peixe e papa de fruta – ao almoço e jantar, laurte- lanche</u> ; Hábitos de higiene: Banho em dias alternados; Hábitos de sono: Não acorda para mamar; Composição familiar: mãe pai e bebé.	Condição do papel – Papel Parental Complexo Avaliar parceria PP - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização - Sim (quais os cuidados <u>que querem ser responsáveis ? por exemplo, a mãe deseja fazer a higiene nasal ?</u>); Avaliar dispneia- com esforço respiratório em repouso- Sim ; Alteração da profundidade respiratória- Sim ; Uso dos músculos acessórios- Sim ; Tiragem-global; Esforço respiratório a pequenos esforços- Sim ; Dificuldade em respirar (com esforço, desconforto crescente e falta de ar)- Sim	Dispneia	Potencial para manter o PP complexo durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização.	Monitorização do peso; Dieta; Vigilância da ventilação; Monitorização sinais vitais; Monitorização SatO2; <u>Oxigenoterapia</u>	Deu entrada em UICD.	

Caso 6

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"...os pais foram para casa e a mãe decidiu ligar"	"Com amnésia para o sucedido"; "Continua queixoso..."; "Dormiu toda a noite tranquilamente, fui lá umas quantas vezes ver se ele estava a dormir"; "... tem as pupilas isocóricas, foto reativas e não vomitou"; "... só dói a anca"; "Caracterizou a dor no nível 6".	"... com dor na anca."			"Fez colheita de urina e sangue para tóxicos e alcoolémia"; "Fez Rx sem evidência de fraturas"; "Mas sem indicação para ficar em pausa..."; "... 7h e administrei-lhe o paracetamol oral 1gr"; "Já tomou o pequeno-almoço".	"...que ontem terá caído de uma bicicleta com motor que ele próprio adaptou".	"Foi avaliado pela cirurgia, ortopedia e neurocirurgia"; "Só teve alta da cirurgia"; "A colega do turno da tarde passou-me que a ortopedia hoje avaliaria a necessidade de realizar TAC ou não"; "Já tinha ligado com a colega da tarde e voltou a ligar. A chefe de equipa disse que não dava informações e que a médica que pediu as análises é que devia dar essa informação aos Pais".
Processo Enfermagem (documentação)	História de dor: Dor na anca; Composição familiar: Vive com os pais.	Dor intensidade 6,	Dor		Executar: Elevar a cabeça da cama; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar refeição; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar dor; Vigiar Dor	Vigilância do estado de consciência; Dieta; Elevação da cabeça; Monitorização de Sinais Vitais	"... dormitou por longos períodos, facilmente despertável, sem noção de dor ou desconforto. Acordou cerca das 7h referindo algias a nível da anca dta, nível 6, motivo pela qual foi administrado 1gr de paracetamol oral que tolerou.; Recebido contacto telefónico de senhora, que se identificou como mãe do Francisco requerendo informações clínicas, nomeadamente resultados analíticos efetuados. Por indisponibilidade momentânea da equipe médica foi avisada desse facto, informação que a mãe contesta com a justificativa que visto o adiantado da hora não disporá da informação até amanhã e que tem direito à mesma. Referido o estado geral do filho, apesar de não ser essa a informação pretendida.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Processo Familiar: Mãe, Pai e Irmã. Pais ansiosos com o sucedido; História de dor - dor na anca que agrava à mobilização do membro; Escala de dor: numérica; Estratégias para o alívio da dor: paracetamol e brufen; Cognição (Aprendizagem de habilidades): <u>Conscientização para o Problema?</u>	Dor na anca, de intensidade 6. Medo pela dor que sentia na anca implicaria incapacidade física; ansios o por estar internado; Avaliação da ansiedade: Presença de agitação – Sim; Sinais de preocupação – sim; Dificuldade em adormecer – Sim; Dificuldade em concentrar-se – não; Incapacidade em relaxar não relacionada com a doença- Não	Dor	Medo; ansiedade	Atender (Cuidar); Assistir a controlar a dor através do posicionamento; Assistir na expressão de medo; Encorajar auto controlo medo; Assistir ansiedade; Incentivar a comunicação de emoções; Executar: Elevar a cabeça da cama; Executar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar refeição; Monitorizar tensão arterial; Avaliar medo; Avaliar ansiedade; Monitorizar dor	Vigilância do estado de consciência; Dieta; Elevação da cabeça; Monitorização de sinais vitais		

Caso 7

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"...febre desde há 1 dia..."	"... ex-prematura....tem uma displasia broncopulmonal por prematuridade"; "Teve vários internamentos cá, tem oxímetro e oxigénio em casa. Teve o ultimo internamento em janeiro, teve alta acho que dia 21 por uma pneumonia"; "A chegada tinha 170 de FR e 75 FR. Tem uma tosse não eficaz"; "...desde há 1 dia com tosse e por uma taquicardia e taquipneia..."; "Quando eu a recebi ela tinha O2 a 4 litros por alta concentração ..."; "...baixou um bocadinho 90%..."; "Tem uma tiragem..."; "Porque de resto tem estado muito bem-disposta, pintou, brincou"; "...fez um pico às 3h da manhã, depois fez outro comigo às 9h da manhã, 38,1°C,..."; "...tem estado apirética".	"...vem por uma febre..." "Entretanto a febre dela...."		"...depois consegui descer e agora tem cânulas a 2 litros". "...pedi um funil para não estar a mobilizar e aumentar um bocadinho do O2".		"... está fazer salbutamol 10gts de 2/2h, a próxima administração é 16h e também tem BI de 4/4H e a próxima administração é às 17h"; "Ela tinha EMLA para iniciar perfusão mas ninguém me pediu cateter porque ela também se foi alimentando"; "Ao almoço comeu muitíssimo bem, só não quis a fruta"; "Ela também PDN 20mg às 8H e as 20H"; "...dei-lhe paracetamol e depois não voltei a dar ...".	
Processo Enfermagem (documentação)	Respiração: Internada no Serviço de Pediatria Médica com alta a 21/01 por pneumonia virica com hipoxemia, com provável sobreinfecção; Equipamento adaptativo: Oxigenoterapia: Traz O2 a 1 l/min, que já faz no domicílio; Características da respiração: Tiragem global, polipneia e utilização de músculos acessórios. Não consegue falar; Características da tosse: Tosse seca e persistente com início esta noite; Desenvolvimento Físico: Peso 18,8kg, na consulta de 5/02; Regime medicamentoso: Broncodisplasia pulmonar sob Seretaide 25/250 2id; Interação de papéis - Papel Parental: Acompanhada pela mãe	Febre com início esta noite; Avaliar dispneia - uso dos músculos acessórios-sim; tiragem-global; esforço respiratório em repouso -sim; Alteração da profundidade respiratória-sim; Dificuldade em respirar (com esforço, desconforto e falta de ar)-sim; Avaliar condição PP: doença crónica-Papel Parental Complexo; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital - Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital - Sim; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização. - Sim	Dispneia ; Febre	Potencial para manter o papel parental complexo durante a hospitalização (mãe participa na prestação de cuidados)	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Promover papel Parental; Incentivar o repouso; Executar: Elevar a cabeça da cama; Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir regime medicamentoso; Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Vigiar tosse; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigilância da tosse; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais. Salbutamol 10 gts 2/2h Brometo Ipratropio 1 ampola 4/4h; Prednasolona 20 mg id oral (20h); Paracetamol 280 mg SOS	Fica em UICD acompanhada pela mãe. ; Agravamento da dispneia, contactado o médico para vir observar. ; Por indicação médica foi aplicado EMLA no dorso da mão esquerda.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares – Pão com manteiga e leite ao chocolate ao Pequeno-almoço. Sopa e prato ao almoço e jantar. Iogurte ou bolachas ao lanche; Hábitos de Higiene- Banho em dias alternados; Hábitos de Sono: dorme toda a noite, com O2 suplementar a 1l/min por cânulas nasais desde janeiro 2020, na sequência de pneumonia virica. Regime medicamentoso: Broncodisplasia pulmonar sob Seretaide 25/250 2id; Composição familiar- mãe, pai e L	Febre com início esta noite; Avaliar dispneia - uso dos músculos acessórios-sim; tiragem-global; esforço respiratório em repouso - sim; Alteração da profundidade respiratória-sim; Dificuldade em respirar (com esforço, desconforto e falta de ar)- sim; Não consegue falar; Avaliar condição papel Parental: doença crónica- PP Complexo; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital - Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital - Sim; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização. - Sim (<u>Qual a necessidade da mãe para manter o PP complexo?</u>)	Dispneia ; Febre	Potencial para manter o Papel Parental complexo durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Incentivar o repouso Executar: Elevar a cabeça da cama; Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir regime medicamentoso; Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Vigiar tosse; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização.	Dieta; Monitorização sinais vitais; Oxigenoterapia Salbutamol 10 gts 2/2h; Brometo Ipratropio 1 ampola 4/4h; prednasolona 20 mg id oral (20h); Paracetamol 280 mg SOS	Deu entrada em UICD	

Caso 8

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral		"Acordada ela não precisa de O2, ... ela desceu a SAtO2 para 88%-89%"; "Já de aguentou com 91% a dormir profundamente"; "A febre desta menina, ela fez 37,9°C as 9h..."; "Esta garota também está muito melhor".	"É uma dispneia..."		"Fez as 12h a mãe tem e foi a mãe até que fez"; "...não lhe voltei a pôr"; "...coloquei-lhe o funil a 3l.....".			
Processo Enfermagem (documentação)	Dispositivos Inalatórios: Ventilam em Aerochamber e flixoteide; Hábitos Alimentares- PA e lanche- iogurte ou papa láctea. Almoço e jantar- Sopa passada, 2º prato e fruta. Nos intervalos ingere leite de vaca; Hábitos de sono: Acorda frequentemente durante a noite mas não é para mamar; História de dor: Tem chorado mais do que o habitual; Expressão de dor: chora e diz "au"; Estratégias de Alívio da dor: Paracetamol ou Brufen em xarope; Composição familiar: Pai, mãe e 2 irmãs.	Avaliar condição PP - PPespecial (monitorização; oxigenoterapia); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sim (Mãe deseja fazer os puffs que já faz em casa); Avaliar dispneia- Dificuldade em respirar (com esforço, dificuldade crescente e falta de ar)- Sim Temp: 37,9°C	Dispneia; Febre	Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir regime medicamentoso; Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Vigiar tosse; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização.	Dieta; Vigilância da tosse; Monitorização da Sat. O2; Oxigenoterapia; Monitorização de sinais vitais. Ibuprofeno 60 mg SOS até 3ld Paracetamol 160mg SOS Prednisolona 20 mg Salbutamol 3 puffs 4/4h	Deu entrada na UICD acompanhada pela mãe: Feita integração no serviço.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares- PA e lanche- iogurte ou papa láctea. Almoço e jantar - Sopa passada, 2º prato e fruta. Nos intervalos ingere leite de vaca; Hábitos de sono: Acorda frequentemente durante a noite mas não é para mamar História da febre: Picos de 8/8h; Manifestações do quadro febril: max 38°C; Estratégias para baixar Temperatura: Paracetamol, e brufen; Composição familiar: Pai, mãe e 2 irmãs.	Avaliar dispneia- Dificuldade em respirar (com esforço, dificuldade crescente e falta de ar)- Sim (A fazer salbutamol desde dia 1 fevereiro; Tem aerochamber em casa para fazer em SOS). Avaliar condição papel parental- PPespecial; Avaliar PP- parceria - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (Mais duas filhas, Pai a ajudar? necessidades da mãe?); Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sim (Mãe deseja participar nos cuidados e gerir a terapêutica inalatória); Avaliar febre: Às 9 horas 37,9°C	Dispneia; Febre	Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental (mãe deseja fazer os puffs que já faz em casa); Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir regime medicamentoso Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Vigiar tosse; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigilância da tosse; Monitorização da Sat. O2; Oxigenoterapia; Monitorização de Sinais vitais Ibuprofeno 60 mg SOS até 3ld Paracetamol 160mg SOS Prednisolona 20 mg Salbutamol 3 puffs 4/4h	Deu entrada em UICD	

Caso 9

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM					Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)		Intervenções enfermagem			
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral		"Agora tem um SDR mais evidente do que há pouco"; "...com SDR ligeiro"; "A mãe tem um bom suporte".			"Fiz uma higiene nasal antes da mamada com saída de secreções"; "A mãe está à vontade para fazer a higiene nasal".	"...fez colheita por suspeita de Pertussis; "Em relação à tabela tem monitorizar episódios de apneia".	"...esteve cá a noite passada em UICD por episódio de hipotonia"; "O 1º episódio foi no dia 9/02, o segundo foi durante a mamada e ficou então em vigilância"; "Volta por episódio idêntico, ou seja esta é a 3ª vinda por estes episódios"; "Tem um VSR..."; "Hoje por volta das 14h estava com o Pai, terá tido um acesso de tosse ruborizante/ cianozante e com olhar fixo"; "Quando chegou o INEM já tinha recuperado e estaria bem".	
Processo Enfermagem (documentação)	Respiração: ontem diagnosticado VSR; Hábitos Alimentares: Leite materno exclusivo; Processo Familiar: vive com a mãe e pai; Papel parental: Fica acompanhada pela mãe	Avaliar condição papel parental: PP desenvolvimental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização ; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sim ; Avaliar dispneia - dificuldade em respirar (com esforço, desconforto crescente e falta de ar) - Sim (com início durante a noite)	Dispneia	Potencial para manter o papel parental desenvolvimental durante a hospitalização.	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizam peso corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Monitorização sinais vitais; Oxigenoterapia; Monitorizar apneia; Monitorização SatO2		O J deu entrada na unidade de Internamento de curta duração, na companhia dos pais, a quem foi efetuado o acolhimento e explicadas as normas da unidade.; Mantem-se acompanhado pela mãe
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares – Faz leite materno exclusivo de 3 em 3 horas, durante a noite de 4/4 horas; Hábitos de higiene - Banho em dias alternados. À noite; Processo familiar - vive com a mãe e o pai	Avaliar condição papel parental: PP desenvolvimental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim (<u>já esteve internada no serviço há 3 dias</u>); Tem conhecimento sobre a situação da criança Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital: Sim (<u>mãe tem um bom suporte</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização- Sim (<u>Mãe deseja participar nos cuidados desenvolvimentais, e fazer a higiene nasal</u>). Quais as suas necessidades? Avaliar dispneia - dificuldade em respira (com esforço, desconforto crescente e falta de ar).	Dispneia	Potencial para manter o papel parental desenvolvimental durante a hospitalização.	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Apoiar papel parental; Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar peso corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Monitorização sinais vitais; Oxigenoterapia; Monitorizar apneia; Monitorização SatO2		

Caso 10

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ela habitualmente de alimentação faz leite adaptado NAN 1, fazia 120 ml mas desde que esta doentia faz só 60ml"; "De resto, esta é uma 4ª filha todas elas com história de bronquiolite em criança, uma mana asmática, por isso ela está por dentro desta parte respiratória".	"Começou a exacerbar os sinais de dificuldade respiratória, que à entrada vinha com uma polipneia e tiragem global que mantém, com um balanceio da cabeça que agora já não é tão visível e com pieira que ainda mantém"; "... Tem um esforço respiratório grande"; "... e notou-se logo aqui alguma melhoria"; "Tem SatO2 na ordem dos 97%- 100%"; "Sem febre"; "Tem mamado com apetite e sem aumento de cansaço e sem vômitos. A última vez que ela mamou às 18h, 65ml"; "...uma mãe muito ansiosa com uma labilidade emocional muito marcada, entretanto perguntei-lhe se queria ir lá fora e trocar com o pai, acabou por ir lá fora apanhar ar e depois veio bastante melhor. Por causa disso então, fica o pai durante a noite para ela ir descansar". (PP); "Ela diz que um reviver de uma para a outra, tudo outra vez, então este ar lábil".			"...entretanto perguntei-lhe se queria sair e trocar com o pai"; "Por causa disso então, fica o pai durante a noite para ela ir descansar".	"Fez um nebulização de adrenalina 2 mg..."; "Tem mamado com apetite e sem aumento de cansaço e sem vômitos"; "A última vez que ela mamou às 18h, 65ml".	"Nesse dia iniciou uma obstrução, foi ao centro de saúde auscultaram mas sem alterações, segundo o que a mãe descreve".	
Processo Enfermagem (documentação)	Características da Respiração: polipneia, tiragem glonal, balanceio da cabeça, pieira e esforço respiratório; Características da tosse: ocasional, produtiva mas pouco eficaz; Equipamento adaptativo: Oxigenoterapia: O2 a 1l/min com boa resposta; Hábitos alimentares: LA (Nan) habitualmente fazia 120 ml de 3/3h. Agora faz 60 ml de 3/3h, com apetite e tolerância; Manifestações da ansiedade: Mãe ansiosa e com labilidade emocional marcada; Estratégias Utilizadas: Realizada escuta ativa e partilha de emoções. Permitida a presença do pai; Composição familiar: pai, mãe, v e 3 irmãs; Papel parental: Pais presentes. Ambos com conhecimentos e com vontade de em participar nos cuidados.	Condição do papel – Papel Parental especial (oxigenoterapia); Avaliar parceria PP: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital- Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança- Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização. - Sim ; Avaliar dispneia - sons respiratórios adventícios- Sim ; Uso dos músculos acessórios- Sim ; Esforço respiratório em repouso- Sim ; Polipneia- Sim ; Tiragem –global; Pieira- Sim ; Dificuldade em respirar com esforço, desconforto crescente e falta de ar- Sim)	Dispneia	Potencial para melhorar o papel parental especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Promover papel parental; Incentivar o desempenho do papel parental; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental; parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigilância da tosse; Vigilância do mamar; Oxigenoterapia; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais Paracetamol 60 mg em SOS Adrenalina 2 mg em SOS		Com indicação para internamento em UICD. Acompanha a criança e os pais ao serviço e apresenta o mesmo Adrenalina foi administrada via inalatória
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos alimentares: LA (Nan) habitualmente fazia 120 ml de 3/3h. Agora faz 60 ml de 3/3h, com apetite e tolerância; Hábitos de higiene: Banho ao fim do dia em dias alternados; Composição familiar: pai+mãe+v + 3 irmãs; Papel parental: Mãe ansiosa e com labilidade emocional marcada. Realizada escuta ativa e partilha de emoções Incentivada a presença do pai	Condição do papel – Papel Parental especial (oxigenoterapia); Avaliar parceria PP: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital- Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim (<u>mãe com conhecimento sobre a dispneia, tem uma filha asmática</u>); Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital- Sim (<u>pai fica a acompanhar</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização- Sim ; (<u>Pais com desejo de participar nos cuidados desenvolvimentais. Fica acompanhar o pai para a mãe ir descansar</u>); Avaliar Dispneia :Polipneia, tiragem global, balanceio da cabeça, pieira e esforço respiratório	Dispneia	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Apoiar papel parental ; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir : Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar tosse; Vigiar respiração; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental; parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigilância da tosse; Vigilância do mamar; Oxigenoterapia; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais Paracetamol 60 mg em SOS Adrenalina 2 mg em		

Caso 11

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados		
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem	
			Processos Corporais	Pessoa					
Transmissão oral	"Fez febre ontem..."	"... vômitos durante a noite e diarreia de início esta manhã, à volta de 8 dejeções, mas muito abundantes líquidas"; "...prostrado, apático, pálido, fontanela anterior deprimida, e seco"; "E agora teve uma dejeção muito abundante..."; "Tem olhos encovados, tem mau aspeto este miúdo, preocupa. Já começou a chorar que ele nem isso fazia"; "... agora tinha 37,3°C".					"Pusemos-lhe um soro, fez logo um bolus de 100ml"; "Ainda não vieram as colheitas"; "Tinha mamado solução poli eletrolítica 80ml/h, e agora mamou mais 100ml"; "... ele está com 6995gr..."; "Agora o soro está a 60ml/h durante 1 h (200% das necessidades), depois pede para reavaliar a necessidade de manter este ritmo"; "Fez colheitas de sangue e fezes para vírus".		
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos alimentares: Pequeno-almoço: LA 150 cc; Almoço sopa passada de legumes; Lanche- papa e noite: LA 150 ml Processo familiar: Vive com a Pai e Mãe; A mãe fica a acompanhar	Avaliar desidratação- Ontem à noite vários vômitos e esta manhã iniciou dejeções líquidas abundantes, nº 8.] Mucosas secas: sim ; afundamento das fontanelas: sim ; urina concentrada: não ; diminuição do débito urinário: não ; sensação de sede: Sim ;	Desidratação		Gerir: Administrar líquidos; Gerir ingestão de líquidos; Observar: Monitorizar peso; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar frequência cardíaca; Vigiar eliminação intestinal; Avaliar desidratação; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar Temperatura corporal; Monitorizar saturação de oxigénio	Dieta; Monitorização do Peso; Monitorização da saturação de oxigénio Monitorização de Sinais vitais; Glicose 5% em SF a 60 ml/h.		Realizadas colheitas de sangue (bioquímica e gasometria) que seguiram para laboratório; Deu entrada em UICD acompanhado pela mãe; realizado acolhimento	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço: LA 150 cc; Almoço- sopa passada de legumes; Lanche- papa e noite: LA 150 ml; Hábitos de higiene- Banho em dias alternados à noite; Hábitos de Sono: Dorme bem, habitualmente acorda às 6h para mamar; História de febre: Ontem fez 2 picos, máx 38,7°C; Estratégias para baixar temperatura: Habitualmente faz paracetamol; Composição familiar- vive com a mãe e pai	Condição do papel – Papel Parental especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim - <u>interesse em participar nos cuidados desenvolvimentais;</u> Desde ontem com febre. Agora 37,5°C; Avaliar desidratação ; Prostrado, apático, pálido, fontanela anterior deprimida; vômitos durante a noite e diarreia de início esta manhã, à volta de 8 dejeções, mas muito abundantes líquidas.	Desidratação; Febre	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): <u>Negociar papel parental;</u> <u>Apoiar papel parental;</u> Gerir: Administrar líquidos; Gerir ingestão de líquidos; Observar: Monitorizar peso; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar frequência cardíaca; Vigiar eliminação intestinal; Avaliar desidratação; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar Temperatura corporal; Monitorizar saturação de oxigénio; Avaliar condição do papel parental; <u>Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização.</u>	Dieta; Monitorização do Peso; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais; Glicose 5% em SF a 60 ml/h			

Caso 12

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral		"... palidez cutânea, mucosas secas e mais parado"; "Tem estado sem vomitar, cá na urgência nunca chegou a vomitar..."; "...porque já não vomitava, dei-lhe logo uma papa de fruta e tolerou. Tem apetite mantido, pôs-se logo a pedir pais"; "Às 15h pedi para preparar mais uma papa e estará agora a comer. Pronto está a correr bem".	"...e que vinha desidratado..."			"Iniciou no ambulatório um soro"; "...dei-lhe logo uma papa de fruta e tolerou".	"...cá na urgência nunca chegou a vomitar e acabaram para internar aqui, ainda ponderam ficar no ambulatório umas horas a hidratar mas depois decidiam vir para UICD para ver se tolerava alimentação".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos alimentares: Pequeno-almoço: LA 150 cc; Almoço sopa passada de legumes; Lanche- papa e noite: LA 150ml; História de dor: dor abdominal; Tipo de escala a utilizar: FLACC; Interação de papéis: Mãe a acompanhar; Peso Corporal: 10Kg	Avaliar desidratação: Febre – Não; Vômitos frequentes- não; Baixa ingestão de líquidos – Não; Diarreia – Sim; Aumento débito urinário- Não; Sodurese intensa- Não; Condição PP - Papel Parental especial (monitorização e dispositivos de perfusão) ; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da cr. Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim; Deseja participar nos cuidados à cr. Durante a hospitalização. - Sim	Desidratação; Risco de desidratação	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar PP; Gerir: Planejar ingestão de líquidos; Observar: Avaliar desidratação; Avaliar risco de desidratação; Avaliar vômito; Monitorizar peso corporal; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar condição PP; Monitorizar frequência cardíaca; Vigiar refeição; Monitorizar tensão arterial; Vigiar eliminação intestinal	Dieta; Vigilância do peso Monitorização da saturação de oxigénio; Monitorização de sinais vitais; Glicose 5% em SF a 60ml/h	Realizado o acolhimento em UICD	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares :Pequeno-almoço: LA 150 cc; Almoço- sopa passada de legumes; Lanche- papa e noite: LA 150ml; Hábitos de higiene- Banho diário, á noite; Hábitos de Sono: Dorme toda a noite. Acorda cedo; Composição familiar- vive com a mãe e pai.	Condição do papel –Papel Parental especial dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim (<u>noção dos pais sobre os cuidados que a criança precisa?</u>); Tem conhecimento sobre a situação da criança- Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (<u>quem está ajudar a mãe/pai a exercer o papel no hospital?/ com o se estão a organizar?</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim (<u>Que cuidados específicos a mãe quer prestar e ser responsável?</u>); Experiência de internamentos prévios?; Avaliar desidratação: Febre – não; Vômitos frequentes – não; Baixa ingestão de líquidos – não; Diarreia – sim; Aumento débito urinário- não; Sodurese intensa- não	Risco de desidratação	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar PP; Negociar PP; Gerir: Planejar ingestão de líquidos; Observar: Avaliar risco de desidratação; Avaliar vômito; Monitorizar peso corporal; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar condição PP; Monitorizar frequência cardíaca; Vigiar refeição; Monitorizar tensão arterial; Vigiar eliminação intestinal; <u>Monitorizar eliminação intestinal.</u>	Dieta; Vigilância do peso; Monitorização da saturação de oxigénio; Monitorização de Sinais vitais. Glicose 5% em SF a 20ml/h; Solução polieletrólítica	Deu entrada em UICD	

Caso 13

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Este miúdo come muito bem..."	"...ao almoço ingeriu a totalidade de refeição..."				"...ficou internado para fazer antibioterapia ev"; "Ele está fazer amoxicilina + ac. clavulânico ev, e brufen fixo. O brufen dei-lhe mais tarde para o não acordar, era às 8h mas fez as 9h, agora seria às 16h o programado"; "A amoxicilina está programada para as 7h-15h-23h"; "...ao almoço ingeriu a totalidade de refeição"	"...por uma celulite peri orbitária e facial do lado esquerdo". "Começou a fazer um abscesso"	"Ele já chegou depois das 20h, já não havia estomatologia e foi observado hoje de manhã"; "Decidiram internamento na cirurgia, mas como não havia vagas volta para a urgência e quando houver vagas faz-se o internamento".
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos alimentares: Alimentação diversificada; História de dor: Desde hoje com dor e edema da hemiface esquerda, com agravamento ao longo do dia; Expressão de dor: Fácies de dor/choroso; Tipo de escala a utilizar: FLACC; Papel parental: Acompanhado pela mãe.	Dor: 4	Dor		Atender (Cuidar): Aliviar dor através de embalagem fria; Gerir: Referir para o serviço médico; Observar: Monitorizar dor; Vigiar dor; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar edema	Dieta; Monitorização de sinais vitais; Vigilância de Edemas; Monitorização da dor; Cateterismo periférico Brufen; Amoxicilina+ Acido clavulânico	Entrou em UICD; Vai à estomatologia acompanhado pela mãe e por assistente operacional; Regressa ao serviço de urgência	
Processo Enfermagem realizado por Pe rito	Hábitos Alimentares: PA: leite com cereais; Meio da manhã: bolachas e iogurte; Almoço e Jantar- sopa e 2ª prato; Lanche: pão com doce ou fiambre e leite; Hábitos de higiene: Banho em dias alternados, à noite História de dor: Desde hoje com dor e edema da hemiface esquerda, com agravamento ao longo do dia. Expressão de dor: Fácies de dor/choroso; Tipo de escala a utilizar: FLACC; Composição familiar: vive com a mãe e pai.	Condição do papel parental – PP especial dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização- Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital- Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança- Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (quais as necessidades?) ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim (dar a medicação oral, por ser difícil de tomar) ; Dor: 4	Dor	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP: Aliviar dor através de embalagem fria; Gerir: Referir para o serviço médico; Observar: Monitorizar dor; Vigiar dor; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial;	Dieta; Monitorização de sinais vitais; Vigilância de Edemas; Monitorização da dor; Cateterismo periférico. Brufen ; Amoxicilina+ Acido clavulânico		

Caso 14

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"...quadro de dejeções mais frequentes e com uma consistência mais mole"; "...a comer muito menos, diz a mãe. Praticamente só faz leite materno"; "Quando normalmente ela só faz 2 dejeções diárias agora anda a fazer 3 a 5 por dia desde ontem"; "Os pais são de Aveiro, a mãe perguntou se iria ficar muito tempo se iria ficar para amanhã"; "... febre desde há 4 dias..."	"...desde há 4 dias, febre alta mais ou menos de 5/5h. O ultimo pico foi agora às 15h, tinha 38°C; "... bem mais sonolenta, mais prostrada"; "Teve 2 vômitos, um ontem à noite, outro hoje de manhã e anda a comer muito menos, diz a mãe"; "Está um bocadinho pálida, mas o que está a preocupar mais é a prostração".	"...veio hoje por uma febre..."			"...fez paracetamol 150 mg, dei-lhe agora mesmo"; "...ela tem um cateter que nós deixamos, fizemos colheita para análise..."; "O que é que ela tem pendente- é uma colheita de fezes para vírus"; "...ela tinha feito brufen à entrada foi por volta das 10.30h"; "Tem um pedido então para iniciar soroterapia a 40ml/h, glicose a 5% em SF.		"...vai-te lá aparecer um pedido de urina que a Dra cancelou, que disse que já não havia necessidade".
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço: leite materno (5 min) + papa cerealac ou nestum; Almoço e jantar - sopa + 2º prato; Lanche- fruta, iogurte; Ceia: Leite materno; Hábitos de Eliminação: 2 dejeções dia; Hábitos de Sono: Dorme toda a noite; Composição familiar- mãe, pai, irmã de 8 anos; Papel Parental: Fica com a mãe; Recursos da Comunidade: Está em ama.	Condição do papel – Papel Parental especial -dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança- Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital- Sim; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização- Sim; Avaliar desidratação: Febre- Sim; Vômitos frequentes- Não; Baixa ingestão de líquidos- Não; Diarreia - Sim; Aumento débito urinário- Não; Sodurese intensa- Não	Risco de desidratação; Febre	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Gerir: Planear a ingestão de líquidos; Observar: Avaliar desidratação; Avaliar risco de desidratação; Avaliar vômito; Monitorizar peso corporal; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Vigiar eliminação intestinal	Dieta; Vigilância do peso; Monitorização da saturação de oxigénio; Monitorização de sinais vitais. Glicose 5% em SF a 60 ml/h.		Deu entrada em UICD.
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço: LM (5 min) + papa lactea; Almoço e jantar - sopa + 2º prato; Lanche- fruta, iogurte; Ceia- leite materno; Hábitos de Eliminação – 2 dejeções dia; Hábitos de higiene- Banho em dias alternados à noite; Hábitos de Sono: Dorme toda a noite; História de febre: Febre desde há 4 dias, elevada de 5/5h.. Ultimo pico as 15h; Estratégias para baixar temperatura: Habitualmente faz paracetamol; Composição familiar- mãe, pai, irmã de 8 anos; Recursos da Comunidade: Está em ama.	Condição do papel – Papel Parental especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim (<u>noção dos pais sobre ao cuidados que a criança precisa?</u> ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (<u>quem está ajudar a mãe/pai a exercer o papel no hospital?</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (<u>que cuidados específicos a mãe quer prestar e ser responsável?</u>) Experiência de internamentos prévios? Avaliar desidratação: Aumento do débito urinário- não; Febre – sim; Sodurese intensa – não; Baixa ingestão de líquidos – sim; Vômitos frequentes- não; Diarreia- sim Temp. - 38°C	Risco de desidratação; Febre	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar papel parental; Negociar papel parental; Gerir: Planear a ingestão de líquidos; Observar: Avaliar desidratação; Avaliar risco de desidratação; Avaliar vômito; Monitorizar peso corporal; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Vigiar refeição; Vigiar eliminação intestinal.	Dieta; Vigilância do peso; Monitorização da saturação de oxigénio; Monitorização de sinais vitais. Glicose 5% em SF a 60 ml/h; Solução polieletrólítica.		Deu entrada em UICD.

Caso 15

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Intemamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"...febre desde há 4 dias".	"...desde há 4 dias. Último antipirético foi às 20h, brufen"; "Com uma tosse seca, uma obstrução nasal"; "Tinha na altura uma temperatura axilar de 40°C"; "Tem agora 38,6°C".	"Veio por febre..."					
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: dieta geral. Sem alergias conhecidas. Pequeno-almoço: biberão de leite de vaca; Almoço e jantar - sopa + 2º prato e fruta crua; Lanche- pão simples; Hábitos de Eliminação – ultima dejeção hoje; Hábitos de Sono: Dorme bem desde as 20.30h e acorda às 6h; Composição familiar- mãe, pai, e L; Papel Parental: está acompanhada pela mãe que pretende acompanhar nos 24h e pretende colaborar na prestação de cuidados	Condição do papel parental – PP especial monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sím; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sím; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sím; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sím; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sím Tem agora 38,6°C	Febre	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar PP; Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta, Incentivar desempenho PP; Negociar PP; Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Otimizar ambiente físico; Informar: Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre o PP; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corpora; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Cateterismo periférico; Monitorização sinais vitais; Monitorização saturação; Dieta Paracetamol 180 mg SOS Diazepam 5 mg SOS	Deu entrada em UICD acompanhado pela mãe; Realizados ensinamentos relativamente aos cuidados a ter se repetir convulsão.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço: biberão de leite de vaca; Almoço e jantar - sopa + 2º prato e fruta; Lanche- pão simples; Hábitos de Sono: Dorme bem desde as 20.30h e acorda às 6h; História de febre: Febre des há 4 dias, elevada de 5/5. Último pico as 15h; Estratégias para baixar temperatura: Habitualmente faz paracetamol; Hábitos de Eliminação – dejeções diárias Hábitos de higiene- Banho em dias alternados à noite; Composição familiar- mãe, pai, e L	Condição do papel parental – PP especial Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização : Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sím; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sím; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sím (<u>como está a lidar a mãe com a ocorrência deste evento crítico: Tem algum conhecimento sobre convulsão febril; condições facilitadoras - preparação & conhecimento</u>); Tem rede de apoio adequada às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sím (<u>O que precisa a mãe para poder desempenhar PP no hospital?</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sím (está acompanhada pela mãe que pretende acompanhar nos 24h colaborar na prestação de cuidados- Quais?) Tem agora 38,6°C	Febre	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Apoiar PP; Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta; Negociar PP; Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir : Otimizar ambiente físico; Otimizar cateter venoso periférico; Informar: Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre o PP; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corpora; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição do papel parental; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Cateterismo periférico; Monitorização sinais vitais; Monitorização saturação; Dieta Paracetamol 180 mg SOS Diazepam 5 mg SOS	Deu entrada em UICD	

Caso 16

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral		"Tem então fratura da clavícula à direita que está imobilizada. Tem luxação do joelho à esquerda e tem uma tala também a imobilizar. Tem fratura da 6ª costela à direita"; "Neste momento está melhor, desde o início do tumor nota-a melhor"; "...entretanto ficou melhor e acabou por dormir, esteve a dormir até conseguir comer alguma coisa"; "...que ela não consegue fazer levantar"; "...não é fácil porque ela defende-se"; "... Ela hoje está mais dorida do que ontem".	"Tem Feridas no membro inferior direito e esquerdo ..."	Dor na região cervical, dorso lombar e Mlesq Ferida traumática no joelho; Avaliar capacidade autocuidado posicionar-se - rodar o corpo de forma alternar decubitos- Necessita de Ajuda de Pessoa (NAP); posicionar-se com alinhamento correto do corpo-(NAP)- Mover o corpo aliviando as zonas de pressão- (NAP); Avaliar o alimentar-se - Cortar os	"...foi feito com gaze gorda e iodopovidona"; "As transferências tem sido feitas com resguardo..."; "...tive que lhe colocar a arrastadeira..."; "Mas ao lateraliza-la na cama ...".	"Esta menina teve um a perda de sangue, vinha com um a hemoglobina baixa, os lábios estavam descolorados, estava com uma palidez cutânea"; "Na Eco evidenciou uma fina lâmina de derrame peritoneal"; "Comigo foi necessário fazer o Nolotil por volta das 19h"; "Tinha feito o Paracetamol às 13h"; "Ao jantar ofereci-lhe uma sopa passada e uma gelatina, mas ela só comeu 3 colheres de sopa e a gelatina comeu metade".	"On tem teve um acidente de bicicleta, enquanto fazia um treino na via pública, foi contra um a camioneta. A mãe diz que não sabe muito bem a história mas que a filha caiu e as atletas que iam com ela caíram todas, elas devem ir em plúton, cai uma, cai tudo"; "...isto já foi ontem e deu entrada no hospital de Aveiro, onde foi observada por vários especialistas".	"Ela já tem alta da ortopedia e está internada pela cirurgia".
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: dieta geral. Alimentos que não gosta: Bacalhau; Atividade Motora: Apresenta imobilização com tala M.I.esq e M.S.dto.; História de dor: Vítima de acidente de viação ontem à tarde. Apresenta dor no ombro dto, joelho esq e região dorso lombar; Estratégias para o alívio da dor: Paracetamol; Tipo de escala a utilizar: Numérica; Composição familiar- vive com os pais e irmão mais novo; Papel Parental: Fica acompanhada pela mãe.	Dor na região cervical, dorso lombar e Membro Inferior esquerdo; Ferida traumática no joelho	Dor; Ferida traumática		Atender (Cuidar): Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento; Executar: Executar tratamento à ferida traumática (joelho direito); Executar tratamento à ferida traumática (joelho esquerdo); Observar: Monitorizar dor; Vigiar dor; Vigiar pendo da ferida traumática (joelho direito); Monitorizar peso corporal; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial Vigiar refeição; Vigiar pendo da ferida traumática (joelho esquerdo)	Dieta Monitorização da Sat O2 Monitorização de Sinais vitais Cateterismo periférico Paracetamol 1 gr S05 Metamizol 1 gr (S05)		Realizado o acolhimento em UICD. Fica acompanhada pela mãe
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: 5 refeições diárias, com sopa e 2º prato apenas ao almoço; Alimentos que não gosta: Bacalhau; Necessita de ajuda de pessoa para se alimentar. (Apresenta imobilização com tala M.S.dto.) História de dor: Vítima de acidente de viação ontem à tarde. Apresenta dor no ombro dto, joelho esq e região dorso lombar; Estratégias para o alívio da dor: Paracetamol; Aplicação de gelo; Tipo de escala a utilizar: Numérica; Composição familiar- vive com os pais e irmão mais novo (Capacidade no Auto-cuidado?; necessidades da mãe?)	Dor na região cervical, dorso lombar e Mlesq Ferida traumática no joelho; Avaliar capacidade autocuidado posicionar-se - rodar o corpo de forma alternar decubitos- Necessita de Ajuda de Pessoa (NAP); posicionar-se com alinhamento correto do corpo-(NAP)- Mover o corpo aliviando as zonas de pressão- (NAP); Avaliar o alimentar-se - Cortar os alimentos-(NAP); abrir e fechar recipientes-(NAP); Colocar os alimentos nos talheres-(NAP); Avaliar o autocuidado uso sanitário- Despir roupas-(NAP); posicionar-se na sanita/arrastadeira-(NAP); erguer-se na sanita-(NAP); vestir as roupas-(NAP); Avaliar capacidade auto-cuidado higiene- Obter objetos para o banho-(NAP); abrir a torneira e regular a temperatura da água-(NAP); secar a parte inferior do corpo-(NAP); lavar metade inferior do corpo- (NAP); secar a metade superior do corpo-(NAP); lavar a metade superior do corpo- (NAP).	Dor; Ferida traumática	Posicionar-se- dependente em grau moderado; Alimentar-se -dependente em grau reduzido; Autocuidado do uso sanitário- dependente em grau moderado; Autocuidado higiene - dependente em grau moderado	Atender (Cuidar) Assistir no posicionar-se; Assistir no alimentar-se; Assistir no uso da arrastadeira; Assistir na higiene; Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento; Executar: Executar tratamento à ferida traumática (joelho direito); Executar tratamento à ferida traumática (joelho esquerdo); Observar: Monitorizar dor; Vigiar dor; Vigiar pendo da ferida traumática (joelho direito); Monitorizar peso corporal; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura; corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar pendo da ferida traumática (joelho esquerdo); Avaliar alimentar-se; Avaliar a capacidade autocuidado posicionar-se; Avaliar autocuidado uso sanitário; Avaliar capacidade autocuidado higiene	Dieta; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico Paracetamol 1 gr (S05) Metamizol 1 gr (S05)		Deu entrada em UICD

Caso 17

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"A mãe usa mamilos de silicone ..."	"É uma bebê com um contexto de obstrução nasal já há 3 dias, uma tosse seca, não ruborizante ou cianosante, uma diminuição da ingesta."; "... acabou por ter um agravamento da dificuldade respiratória, com uma tiragem"; "... tinham verificado um esforço nas mamas"; "Durante a noite também mamou bastante bem, foi necessário desperta-la para mamar mas depois ela mama. Foi acordada às 5h e agora a mãe já lhe estava a dar novamente"; "Sempre apirética"; "Boas oximetrias a ar ambiente, sem dificuldade respiratória"; "A mãe é que está em baixo, "coitada" porque ela não tem posição para se sentar, foi um parto difícil e tem ainda os postos que lhe causam dor."			"Fez higiene nasal..."		"Realizou multiplex, tem um VSR"; "Eficou para vigiar a dificuldade respiratória e as mamas"; "Teve uma dejeção abundante e com as voltas ela bolsou".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: leite materno exclusivo. Mama bem. Utiliza mamilos de silicone; Características da tosse: Tosse irritativa desde ontem, atualmente com mais acessos; Papel Parental: pais presentes que pretendem colaborar na prestação de cuidados ao RN; Outros dados: Mãe ainda com algumas dificuldades de mobilização. Hemorroida pós parto. Pai presente e colaborante	Condição do papel – Papel Parental especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim ; Avaliar dispneia- Uso dos músculos acessórios- Sim ; tiragem-supra-clavicular; esforço respiratório para pequenos esforços- Sim ; Dificuldade em respirar (com esforço; desconforto crescente e falta de ar)- Sim	Dispneia	Potencial para manter o PP desenvolvimental durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Incentivar desempenho do PP; Promover PP; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar refeição; Vigiar respiração		Dieta; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais. Cateterismo periférico	Realizado o acolhimento em UICD.
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: leite materno exclusivo (mama com reflexos coordenados e boa pega). Utiliza mamilos de silicone. Composição familiar- vive com a mãe e pai e irmã de 3 anos; Outros dados: Mãe ainda com algumas dificuldades de mobilização. Hemorroida pós parto. Pai presente e colaborante	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos para oxigenoterapia); Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização- Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim (<u>mãe quer mudar a fralda, vestir e despir, mas não quer dar banho porque nunca o fez em casa, é sempre o pai que o tem feito</u>). Mãe com algumas dificuldades físicas necessitando de apoio de forma continuado; Avaliar dispneia- Uso dos músculos acessórios- Sim ; tiragem-supra-clavicular; esforço respiratório para pequenos e esforços- Sim ; Dificuldade em respirar (com esforço; desconforto crescente e falta de ar)- Sim	Dispneia	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; <u>Apoiar papel parental, Assistir a mãe e (ou) pai a tomar conta (continuadamente)</u> ; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar respiração.		Dieta; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais; Oxigenoterapia Cateterismo periférico	Deu entrada em UICD.

Caso 18

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Porque ele fazia 120 de 3/3h, depois a mãe estava-lhe a fazer 60 de 2/2h mas como agora já não estava a conseguir dar nada".	"Depois foi para casa e teve uma recusa alimentar, aparente a mãe disse ao INEM que tinha uma hipoglicemia e estava muito prostrado"; "A mãe refere que ele não comeu nada durante o dia. Tentaram à chegada dar-lhe o leite e ele realmente recusou"; Depois quando adormeceu, um menino que teve sempre boas oximetrias, tem uma polipneia e uma discreta tiragem, baixou as oximetrias"; "...e ele tem estado bem, 0,5l chega e sobra"; "Sempre apirético".			"... inicialmente colocaram-lhe O2 a 1l/min, mas eu reduzi-lhe para 0,5 e ele tem estado bem, 0,5l chega e sobra".	"...tem um acesso venoso periférico, com uma destrose em soro a 17ml/h"; "Às 5.50h, acordou e dei-lhe 50ml de leite que mamou".	"Já tinha vindo cá ontem de manhã, diagnosticaram uma bronquiolite, mas sem grandes alterações".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: leite materno (mãe retira por bomba – não pega na mama + leite adaptado num total de 120 ml de 3/3h; Hábitos de eliminação: Normalmente tem dejeções em dias alternados, sem necessidade de estimulação; Composição familiar: vive com pais + tia materna e avó materna.	Avaliar PP parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim ; Avaliar o Apetite - Reduzido em relação ao habitual(com diminuição do apetite desde ontem. Normalmente mama 120ml de leite adaptado + leite materno. Agora mama 60ml; Avaliar dispneia: uso músculos acessórios- Sim ; Tiragem- global- Sim ; Polipneia - Sim ; Dificuldade em respirar- Sim	Dispneia ; Apetite comprometido	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP, Assistir a mãe e (pai) a tomar conta; Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar o apetite; Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar peso corporal; Avaliar dispneia; Monitorizar glicémia capilar; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar respiração.	Dieta; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Monitorização do peso; Oxigenoterapia Adrenalina 1mg em 3ml de SF em nebulização – SOS Paracetamol 50mg Oral SOS	Deu entrada na unidade de internamento de curta duração, na companhia dos pais a quem foi efetuado acolhimento à unidade e explicados normas da mesma	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: leite materno (mãe retira por bomba – não pega na mama + leite adaptado num total de 120 ml de 3/3h Hábitos de higiene - banho diário à noite; Hábitos de eliminação: Normalmente tem dejeções em dias alternados, sem necessidade de estimulação; Composição familiar: vive com pais + tia materna e avó materna.	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão), Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim (pais ansiosos com evento crítico) ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (pai vai alternar a presença com a mãe no internamento) ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (ambos os pais estão à vontade para prestar os mesmos cuidados?) ; Quais os cuidados que cada um quer ser responsável? Avaliar dispneia: uso músculos acessórios- sim ; Tiragem- global; Polipneia - Sim ; Dificuldade em respirar- Sim	Dispneia	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Assistir a mãe e (pai) a tomar conta (ajudar os pais a desenvolver confiança); Executar: Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial;	Dieta; Monitorização da Sat O2 Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Monitorização do peso; Oxigenoterapia Adrenalina 1mg em 3ml de SF em nebulização – SOS Paracetamol 50mg Oral SOS		

Caso 19

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções e enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"O que é que acontece, está mãe tem 42 anos, o pai tem 50 e picos, esta é a 1ª filha. Terá sido uma gravidez complicada....".	"Terá sido uma gravidez complicada tendo necessidade de validar todos os conhecimentos que tem. Se está bem posicionada, se está a preparar bem o leite, se está a dar-lhe na posição correta, se está a pensar bem..."; "...medo de lhe dar porque podia vomitar...."; "Ela andou a ler sobre síndrome de morte súbita e tem medo de tudo, mas é uma senhora muito ansiosa".			"Dei-lhe o leite as 6 da manhã..."; "Eu perguntei à mãe se lhe parecia que teria fome"; "Durante a noite deixei a mãe dormir mudei-lhe a fralda e dei-lhe o biberão e depois fui lá colocá-la e a mãe nem acordou"; "Disse à mãe que não vamos acordá-la para mamar, quando ela acordar então oferecemos-lhe porque também só passaram 2 horas desde a última mamada."	A última mamada foi às 6h	É uma miúda que tem feito alguns engasgamentos, na semana passada fez um episódio de cianose e ontem recorreu ao médico assistente. O médico assistente pareceu-lhe que a menina tinha um refluxo e mudou-lhe o leite para um anti-refluxo. Mas depois por via das dúvidas e não estivesse a escapar-lhe alguma coisa, disse-lhe que era melhor ela vir ao serviço de urgência para ser observada por um pediatra e enviou-a. Como havia a suspeita de ALTE a menina acabou por ficar cá em vigilância.	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: Leite Adaptado (9ml de 3/3h); Papel Parental: Acompanhada pela mãe e pai.	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avallar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequada às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim ; Avallar conhecimento: Desenvolvimento infantil – Demonstra; Eliminação – demonstra; Promoção da saúde – demonstra; Alimentação – demonstra; Segurança – demonstra; Higiene – demonstra (Mãe necessita de validar conhecimento adquirido)	Potencial para manter o PP desenvolvimental durante a hospitalização Conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (Necessidades especiais)	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Assistir a mãe e (pai) a tomar conta; Observar: Avaliar condição do PP; Avallar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avallar conhecimento da mãe e (ou) do para tomar conta (necessidades desenvolvimentais); Avallar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar respiração	Dieta; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais; Vigilância de apneias.		Realizado o acolhimento em UICD	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Leite Adaptado (90ml de 3/3h); Hábitos de higiene: <u>Banho em dias alternados. Hábitos de sono: dorme a noite toda, é acordada de 4/4h para mamar.</u> Processo familiar: 1ª filha, mãe com 42 anos e pai com 50 anos. Gravidez complicada.	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avallar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Si ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (Deseja participar nos cuidados desenvolvimentais). <u>Mãe está ansiosa com o ocorrido, acha que o bebé pode vir a ter síndrome de morte súbita. Tem medo de errar em algum procedimento e que prejudique a bebé;</u> Avallar conhecimento: Desenvolvimento infantil – demonstra; Eliminação – demonstra; Promoção da saúde – demonstra; Alimentação – demonstra; Segurança – demonstra; Higiene – demonstra (Mãe pouco confiante, necessita de validar conhecimento adquirido por ter tido uma gravidez complicada.	Potencial para manter o PP desenvolvimental durante a hospitalização Conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (Necessidades especiais)	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Assistir a mãe e (pai) a tomar conta (nas atividades desenvolvimentais; ajuda-la a desenvolver confiança); Executar: <u>Elevar a cabeça da cama</u> ; Observar: Avaliar condição do PP; Avallar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avallar conhecimento da mãe e (ou) do para tomar conta (necessidades desenvolvimentais); Avallar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar respiração	Dieta; Monitorização da Sat. O2; Monitorização de Sinais vitais; Vigilância de apneias.		Deu entrada em UICD	

Caso 20

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Sem alergias conhecidas."	"Caiu do cavalo, tem alguns hematomas mas sobretudo ..."; "Ela não se queixa com dor...".	"...é uma ferida que tem no pequeno lábio do lado direito".				"Tem que ir ao BO para suturar".	
Processo Enfermagem (documentação)		Dor à mobilização, em repouso não tem dor; Ferida no pequeno lábio à dta	Dor; Ferida traumática		Executar: Executar tratamento da ferida traumática; Gerir: Interromper a ingestão de alimentos; Aplicar envolvimento; frio; Observar: Vigiar dor; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar dor; Avaliar ferida traumática.	Pausa alimentar; Crioterapia Monitorização sinais vitais	Deu entrada aem UICD acompanhada pela mãe, que lhe prestou cuidados de higiene. Aplicado EMLA no dorso das mãos Aguarda ida ao BO	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor- aplicação de gelo; Escala de dor a utilizar: Numérica	Dor à mobilização, em repouso não tem dor; Ferida no pequeno lábio à dta; Avaliar medo; (medo de dor ou sofrimento- Verbalizo u ter medo de ir Bloco Operatório, medo de ter dor e do que lhe irão fazer); Medo - Sim; Medo de dor ou sofrimento- Sim; Medo da morte- Sim; Medo de perder o controlo - Sim; Avaliar capacidade auto cuidado higiene- Obter objetos para o banho- Necessita de Ajuda de Pessoa (NAP); abrir a torneira e regular a temperatura, sem ajuda; secar a parte inferior do corpo- (NAP); lavar metade inferior do corpo- (NAP); secar a metade superior do corpo- sem ajuda; lavar a metade superior do corpo- sem ajuda. Quem quer que a compense no Autocuidado da higiene? como realiza o Autocuidado higiene?	Dor; Ferida traumática	Medo; Auto cuidado higiene dependente em grau reduzido	Atender: Assistir no banho; Encorajar o auto controlo: medo; Assistir a pessoa na expressão de medo; Incentivar a comunicação de emoções; Executar: Executar tratamento da ferida traumática; Executar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor; Gerir: Interromper a ingestão de alimentos; Aplicar envolvimento frio; Observar: Avaliar medo; Vigiar dor; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar dor; Avaliar ferida traumática; Vigiar dor; Monitorizar dor	Pausa alimentar; Crioterapia Monitorização sinais vitais	Tomou banho com ajuda da mãe	

Caso 21

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"A mãe tem algum problema porque fala assim muito baixinho, parece que não estava cá. Ela é isenta com uma incapacidade de 70%. Ainda não sei o que tem, mas que tem algum problema tem".	"...mas ela febre já não tem, tem uma recusa alimentar, uma odinofagia"; "Acho que ontem ainda preocupou um bocadinho, uns lábios secos, à entrada"; "A miúda já não faz febre e que só lhe doe um pouquinho quando comeu a canja"; "tem estado bem-disposta"; "ela até já comeu"; "Não fez medicação para a dor, ontem ainda fez".				"E entretanto quando veio tinha uma cetonomia elevada (5.6), ficou com soro, fez colheitas"; "Ela está a fazer esomeprasol 20 mg às 9h ev. Mantem o sorriso"; "Já iniciou alimentação, aos poucos mas comeu uma canja que a mãe foi dando aos poucos"; "Agora tirei-lhe o soro para ela ir tomar banho, deixa a ficar, ficou só com o cateter"; "Mas tem o paracetamol em SOS".	"Andava com uma história de há 9 dias com disfagia com uns vômitos também".	"Foi observado por ORL mas cá em cima não tinha nada e então ficou em pausa para fazer endoscopia que fez ontem à noite"; "Segundo a descrição da folha do BO e também perguntei à mãe se lhe disseram alguma coisa, fez biopsias mas não deixou nada escrito, não temos nenhum relatório da endoscopia. A Dra Clara também já andou a tentar ver, mas não se encontra nada escrito". (2)
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: alimentação diversificada. Há 9 dias com disfagia, até a líquidos. Recusa total; Vômito: Vômito alimentares diários desde há 2 dias, exceto de D5 e D6; História de dor: Há 4 dias com dor epigástrica e dor retroesternal	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar PP: parceria de cuidados durante hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital - Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim ; Dor epigástrica e retroesternal/Disfagia	Dor	Potencial para melhorar PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP Apoiar PP; Observar: Vigiar dor; Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar dor; Monitorizar tensão arterial.	Dieta; Monitorização da Sat. O2; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Monitorização da dor. Esomeprasol 20mg SF em Glicose 5% com Kcl a 75ml/H Paracetamol 350 mg SOS		Realizado o acolhimento em UICD
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Faz 5 refeições diárias (cereais ao P.A; leite a meio da manhã; sopa+prato ao Almoço e jantar (nem sempre come sopa); bolachas ao lanche; Hábitos de higiene: Banho em dias Alternados; Hábitos de sono: Adormece por volta das 22h até às 7h. História de dor: Há 4 dias com dor epigástrica e retroesternal. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor? Expressão de dor? Escala Utilizada: FLACC Composição familiar?	Condição do papel – Papel Parental especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital - Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital - Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital - Sim (<u>quais as necessidades da mãe</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (<u>Cuidados normais que já faz em casa</u>). Dor epigástrica e retroesternal/Disfagia.	Dor	Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Executar: <u>Executar tratamentos à dor com estratégias não farmacológicas;</u> Observar: Vigiar dor; Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar dor; Monitorizar tensão arterial.	Dieta; Monitorização da Sat. O2; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Monitorização da dor. Esomeprasol 20mg SF em Glicose 5% com Kcl a 75ml/H Paracetamol 350 mg SOS		Deu entrada em UICD

Caso 22

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE) Processos Corporais	Pessoa			
Transmissão oral		"É uma miúda que veio por vômitos, ontem"; "Ponto, acho que ontem quando chegou da escola começou a queixar-se de tonturas, depois desmaiou uma vez"; "...teve uma dejeção pequena de cor preta, para mim era melenas"; "Teve a avaliação da TA antes e depois de iniciar, 15min após..."; "Tem estado apirética e tem estado bem-disposta".	"...ela queixou-se um bocadinho de dor abdominal de manhã..."		"...quando foi fazer ECO"; "...voltou a vomitar, fizeram colheitas e tinha uma hemoglobina de 5"; "Depois durante a noite ficou com soro que repetiu colheitas"; "teve uma dejeção pequena de cor preta, para mim era melenas. Fizemos o teste da água oxigenada e aquilo deu sangue"; "Seguiu para colheita de sangue oculto nas fezes"; "Iniciou à pouco, cerca das 13.15h uma unidade de glóbulos"; "...uma unidade de 250 ml para correr e m 3h30, está a 71ml/h, não é para ultrapassar as 4h, tem que acabar por volta das 17h"; "Teve a avaliação da TA antes e depois de iniciar, 15min após"; "já lhe fiz um combur, estava normalíssimo"; "Fez Eco abdominal..."; "Tem soro que interrompeu quando começou os glóbulos, tem uma glicose 5% em SF"; Ainda não comeu, eu pedi o almoço para ela mas colocou-se a hipótese de ficar em pausa para ver o que era para fazer".	É uma miúda que veio por vômitos, ontem. Diz que andou a ajudar a mãe a limpar a casa, a sacudir tapetes mas tinha 5 de hemoglobina"; "Ponto, acho que ontem quando chegou da escola começou a queixar-se de tonturas, depois desmaiou uma vez"; "Pronto, agora houve esta história de lipotimia, tonturas, depois cá vomitou 2 vezes.	"foi observada de manhã pela hematologia Dra. Joana"; "...mas a Dra. Joana não prescreveu no SGIM, tens falar depois com a Dra. C. para prescrever depois só falta registar quando terminar"; "Temos que perguntar à dra Clara agora quando vier. Ela tem ali o almoço ainda, ela está a pedir para comer"; "Amanhã deve fazer endoscopia e eventualmente colonoscopia".
Processo Enfermagem (documentação)				Observar: Monitorizar tensão arterial; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Vigiar eliminação intestinal.	Dieta; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Monitorização do peso; Esomeprasol em Glicose 5% com Kcl a 75ml; Paracetamol 350 mg SOS		Realizado o acolhimento em UICD; Feito o acolhimento em UICD iniciou cerca das 13.15h transfusão de glóbulos vermelhos que está a decorrer sem incidentes (250ml em 3h.30), deve terminar cerca das 17h.
Processo Enfermagem realizado por Perito)	Hábitos Alimentares: ? Hábitos de higiene: Banho todos os dias à noite; Hábitos de sono: Dorme bem toda a noite; Composição familiar: Mãe; pai e 2 irmãos com 20 e 23 anos de idade. Pai imigrado em França.	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização: Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim (como está a lidar com o internamento? tendo em conta que é uma criança que está a fazer transfusão); Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (pai emigrado, irmão mais velho dá apoio durante o internamento); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim (mãe acompanha e pretende prestar cuidados habituais que já presta em casa); Avaliar medo: Medo- Sim; Medo de dor ou sofrimento- Sim; Medo da morte- Sim; Medo de perder o controlo- Sim (Medo de ir ao BO para fazer a endoscopia /colonosopia). Avaliar Dor?		Potencial para melhorar o PP especial durante a hospitalização; Medo; Dor	Atender (Cuidar): Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de medo; Negociar cuidados; Negociar PP; Apoiar PP; Encorajar o auto controlo; medo; Assistir a pessoa na expressão de medo; Incentivar a comunicação de emoções; Gerir: Otimizar comunicação; Observar; Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar medo; Avaliar dor; Monitorizar dor; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial	Dieta; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Monitorização do peso; Esomeprasol em Glicose 5% com Kcl a 75ml/h; Paracetamol 350 mg SOS	Deu entrada em UICD

Caso 23

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ele faz Leite adaptado NAN1 HA, mas a mãe estava-lhe a dar 120 ml, porque veio cá a uma consulta e aumentaram-lhe, não sei e foi isso ou não. "O que é certo, é que agora está a fazer 90ml de 3/3h e tem mamado"	"...que veio por vômitos, ele já é um bolsador frequente"; "...aumentou o número de vômitos, diz a mãe que era mesmo em jato e a bolar mais"; "...comigo não vomitou..."			"...dei-lhe agora 90ml".	"...bolsou 2 vezes ..."; "...fizem-lhe uma pesquisa de glicemia quando ele veio, as 3 da manhã tinha 74, não era nada de especial mas tinha glicose na urina".	"Esteve internado em fins de janeiro na UCI por uma hipotonia axial e uma dificuldade na alimentação. Acho que ele tem uma estenose da artéria pulmonar e tem uma consulta de cardiologia em maio".	"...estavam a pensar numa doença metabólica, foi o que me disseram, não está nada escrito..."; "Este bebé é para ter alta, eu penso que a Dra. vai dar alta".
Processo Enfermagem (documentação)	Respiração: Obstrução nasal; Características da respiração: Rinorreia transparente escassa; Características da tosse: tosse esporádica; Nutrição (Outros dados): Bolsadora frequente, agora a bolar mais quantidade; Hábitos Alimentares: LA NAN 1 HÁ, habitualmente mama 120 ml de 3/3h e durante a noite intervalos de 5 horas; Hábitos de Eliminação: Dejeções em dias alternados, última esta manhã de características normais.; Desenvolvimento corporal: Peso: 4,075 a aumentar 38gr/dia; Características do sono; Acorda 1 a 2 vezes por noite para mamar.	Condição do papel: PP especial: Avaliar papel parental; parceria de cuidados durante a hospitalização- Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança – Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim Avaliar o apetite - apetite comprometido-reduzido em relação ao habitual	Apetite comprometido	Potencial para melhorar PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar papel parental; Apoiar papel parental; Assistir a mãe e(ou) pai no tomar conta; Incentivar desempenho do PP; Promover PP; Gerir: Planear dieta; Observar: Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar condição PP; Avaliar apetite; Avaliar PP: Parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Monitorização glicemia capilar; Vigilância de vômitos; Monitorização do peso; Monitorização de Sinais vitais	Deu entrada acompanhado pela mãe. Realizado o acolhimento em UICD	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Nutrição (Outros dados): Bolsador frequente, agora a bolar mais quantidade; Hábitos Alimentares: LA NAN 1 HÁ, habitualmente mama 120ml de 3/3h e durante a noite intervalos de 5 horas; Hábitos de higiene: banho em dias alternados, tomou ontem; Hábitos de Eliminação: Dejeções em dias alternados, última esta manhã de características normais; Características do sono: Acorda 1 a 2 vezes por noite para mamar; Processo familiar- vive com a mãe e pai.	Condição do papel – PP desenvolvidal; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (<u>o pai está a apoiar a mãe para exercer o PP</u>); Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização – Sim (dar de mamar, mudar a fralda, dar banho- cuidados desvolvidamentais)		Potencial para manter o PP desvolvidal durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Assistir a mãe e(ou) pai no tomar conta; Gerir: Planear dieta; Observar; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial Avaliar condição PP; Avaliar PP: Parceria de cuidados durante a hospitalização	Dieta; Vigilância de vômitos Monitorização do peso; Monitorização de Sinais vitais	Deu entrada em UICD.	

Caso 24

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"febre há um dia; "...torcalgia..."	"...não tolerava a posição de deitada e não tolera ainda, está sempre sentada"; "Esta garota de manhã não tinha posição, tinha um gemido constante"; "Após o nolotil não ficou logo melhor..."; "... 8, e mesmo assim não ficou bem"; "Sempre queixosa"; "Esta garota agora tem 37,19C"; "Mas tem um FC elevada, o mínimo que teve 103 bat/min, mas ela tem estado sempre com dor, por isso não valorizei"; "...referiu um a dor 7, e é tipo pontada mas na inspiração profunda".	"... Veio por febre... também vinha por torcalgia..."; "...ela tinha uma dor ..."			"Fez RX tórax..."; "E também fez colheita e tem uma PCR de 28"; "Tinha feito paracetamol por dor as 5h da manhã ev, e depois às 8h e pouco eu dei-lhe nolotil 1,5ml"; "Entretanto esta a amoxicilina+ácido clavulânico ev 2 gr 8/8h e esta a dar-se direto lento"; "Iniciou também claritromicina 500mg ev"; "Esta dilui em 250ml de SF e corre numa hora"; "E agora às 14,40h dei-lhe brufen 400mg. Ela tem prescrito brufen fixo de 8/8h mas a dra disse que era para lhe dar em SOS"; " Tem um soro fisiológico com glicose a 5% a 50ml/h"; "Ela alimentou-se razoavelmente bem ao almoço"; " Também fez colheitas"; "Ela agora quando eu lhe dei o brufen".	"Ela teve uma viagem de estudo aos açores, mas ela já lá está constipada, veio ontem".	"...é a única que está ali porque nós não temos ev "
Processo Enfermagem (documentação)		Avaliar dor: Desde ontem à noite com dor torácica com agravamento hoje de manhã. Dor: 8; Avaliar dispneia: Dificuldade em respirar-Sim; Respiração superficial por dor, cansaço a falar, taquipneia e tosse produtiva ineficaz - Sim; Avaliar febre: Febre desde ontem, com tremores na subida térmica. Picos aproximadamente de 8/8h. Último pico às 19h	Dor; Dispneia; Febre		Atender (Cuidar): Assistir a identificar estratégias de alívio da dor; Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento; Incentivar o repouso Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Elevar a cabeceira da cama; Gerir: Referir para o serviço médico; Observar: Monitorizar dor; Vigiar dor; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial;	Dieta; Monitorização da Sat O2; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico Amoxi+ Ac clavulânico 2200mg 8/8h Claritromicina 500mg 12/12h Metamizol 1gr ev SOS Ibuprofeno 400mg SOS	Realizado o acolhimento em UICD. Fica acompanhada pela mãe	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares?; Alimentos que não gosta: carne de vaca; História de dor: Desde ontem à noite com dor torácica que tem vindo a agravar; Estratégias para o alívio da dor: Posição de sentada; como costuma gerir a sua dor?; Tipo de escala a utilizar: Numérica; História de febre: febre desde ontem, com tremores na subida térmica, picos aproximadamente (8/8h). Último pico às 19h; Composição familiar- Pais separados vive com a mãe e tem uma boa relação com o pai; Existe alguma coisa que a preocupa face à hospitalização?	Avaliar dor: Desde ontem à noite com dor torácica com agravamento hoje de manhã. Dor: 8; Avaliar dispneia: Respiração superficial por dor, cansaço a falar, taquipneia e tosse produtiva; Avaliar febre: Febre desde ontem, com tremores na subida térmica. Picos aproximadamente de 8/8h. Último pico às 19h; Avaliar capacidade autocuidado higiene - Obter objetos para o banho-necessita de ajuda de pessoa; abrir a torneira e regular a temperatura da água-sem ajuda de pessoa; secar a parte inferior do corpo-necessita de ajuda de pessoa; lavar metade inferior do corpo-necessita de ajuda de pessoa; secar a metade superior do corpo-sem ajuda de pessoa; lavar a metade superior do corpo- sem de ajuda de pessoa.	Dor; Dispneia; Febre	Autocuidado higiene dependente em grau reduzido	Atender (Cuidar): Assistir a identificar estratégias de alívio da dor; Assistir no banho; Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento; Incentivar o repouso; Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Elevar a cabeceira da cama; Gerir: <u>Gerir oxigenoterapia;</u> Referir para o serviço médico; Observar; Monitorizar dor; Vigiar dor; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar a capacidade autocuidado higiene.	Dieta; Monitorização de Sinais vitais; Monitorização da dor; Cateterismo periférico Amoxi+ Ac clavulânico 2200mg 8/8h Claritromicina 500mg 12/12h Metamizol 1gr ev SOS Ibuprofeno 400mg SOS		

Caso 25

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ele é seguido na pedopsiquiatria, já tem vários antecedentes, sofre de bolling, tem assim várias coisas".	"... depois vômitos"; "...pálido e olheirento à chegada"; "...também muito ansioso"; "Ele é seguido na pedopsiquiatria, já tem vários antecedentes, sofre de bolling, tem assim várias coisas"; "Referia que só de pensar que podia vomitar começava logo a hiperventilar, foi um aparato grande"; "Agora não está tão ansioso, mas ainda está"; "Agora tem a temperatura a subir (37,3°C), com tremores"; "... tem continuado a vomitar"; "Tem os olhos muito encovados"; "Está mais corado mas continua com lábios secos".	"Começou com dor abdominal esta manhã...." "Tem dor abdominal e agora está com queixas de cefaleia..." "...Muito ansioso"; "...falta só o diagnóstico de ansiedade que já acaba".	"...muito ansioso"; "...falta só o diagnóstico de ansiedade".	"Já está a fazer paracetamol 750mg"; "Depois tem o soro a 80ml/h tem potássio"; "Já fez ondasetrom..."; "Fez colheitas de sangue não tinham assim grandes alterações"; "Já cá teve 2 dejeções, a primeira normal e a segunda já com fezes mais moles"; "...pesa 45kg"; "Fica co o paracetamol e o ondasetrom em SOS"; "O soro é uma glicose a 5% em soro fisiológico a 80lh/h."		"A mãe ia a casa buscar a coisas pessoais dele, depois volta".	
Processo Enfermagem (documentação)	História de dor: dor abdominal com início esta manhã. Mais tarde inicia cefaleia. Alívio da dor abdominal após analgésico, mantém cefaleia ligeira.	Avaliar dor: Com dor em moedeira. Cefaleia ligeira; Avaliação da ansiedade: Presença de agitação – Sim; Sinais de preocupação – sim; Dificuldade em adormecer – Sim; Dificuldade em concentrar-se – não; Incapacidade em relaxar não relacionada com a doença – Não (Obs: Inquieto, períodos de tremores e hiperventilação. verbaliza que só o facto de se lembrar que pode vomitar o faz ficar ansioso); Avaliação da absorção: Vômitos com início hoje, múltiplos, que mantem. Duas dejeções, a ultima mais mole do que o habitual; Avaliação da desidratação: Diminuição da elasticidade da pele – Não; Mucosas secas – Sim; Afundamento da fontanela – Não; Diminuição débito urinário – não; Urina concentrada – Não; Sensação de sede – sim	Dor; Febre; Absorção comprometida; Desidratação	Ansiedade	Atender (Cuidar): Assistir ansiedade; Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Otimizar ambiente físico; Referir para o serviço médico; Planear dieta; Observar: Monitorizar dor; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar refeição; Monitorizar tensão arterial; Avaliar ansiedade; Avaliar absorção; Avaliar desidratação; Avaliar vômito; Monitorizar dor; Vigiar Dor; Vigiar eliminação intestinal	Dieta; Monitorização da Sat O2 Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico Amoxi+ Ac clavulânico 2200mg 8/8h; Clarithromicina 500mg 12/12h; Metamizol 1gr ev SOS Ibuprofeno 400mg SOS		Feito o acolhimento em UICD.
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: 5 refeições diárias Alimentos que não gosta: não gosta de peixe (só come salmão). Gosta de chá?; Hábitos de eliminação e de Higiene?; História de dor: dor abdominal esta manhã Estratégias para o alívio da dor? ; Tipo de escala a utilizar: Numérica; Composição familiar: Vive com a mãe e irmão de 17 Anos, com quem tem uma relação próxima. Pais separados, tem contacto com o pai.	Avaliar dor: Com dor em moedeira. Cefaleia ligeira; Avaliar temperatura: 37,3°C; Avaliação da ansiedade: Presença de agitação – Sim; Sinais de preocupação – sim; Dificuldade em adormecer – Sim; Dificuldade em concentrar-se – não; Incapacidade em relaxar não relacionada com a doença – Não (Como costuma gerir os seus episódios de ansiedade? O que podemos fazer? / o que funciona melhor para gerir a ansiedade?); Avaliação da desidratação: Diminuição da elasticidade da pele – Não; Mucosas secas – Sim; Afundamento da fontanela – Não; Diminuição débito urinário – não; Urina concentrada – Não; Sensação de sede – sim	Dor; Febre; Desidratação	Ansiedade	Atender; Assistir ansiedade; Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Executar técnica de relaxamento; Gerir: Otimizar ambiente físico; Referir para o serviço médico; Planear dieta; Observar: Monitorizar dor; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar temperatura corporal; Vigiar refeição; Monitorizar tensão arterial; Avaliar ansiedade; Avaliar desidratação; Avaliar vômito Monitorizar dor; Vigiar Dor; Vigiar eliminação intestinal	Dieta, Monitorização de Sinais vitais; Monitorização da dor; Cateterismo periférico Glicose 5% em SF a 80ml/h		Deu entrada em UICD.

Caso 26

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ontem a avó esteve a acompanhar mas ela chorava porque queria a mãe".	"... recusa alimentar total"; "...ela está muito cansada"; "Não fez febre durante a noite"; " Não se consegue que ela coma nada, ontem ao almoço conseguiu-se que ela ingerisse 2 colheres de iogurte, depois disso recusou tudo"; "Ontem durante o dia esta menina teve períodos de grande irritabilidade"; "Ontem a avó esteve a acompanhar mas ela chorava porque queria a mãe".	"É uma menina que veio por febre..." "...por noção de dor." "...também por dor."	"Esta mãe tem Papel parental comprometido, ela está muito cansada".		"...eu dei-lhe o paracetamol às 3.50h"; "Ontem às 19h tinha febre brufen"; "Tem um soro, glicose a 5% em Soro Fisiológico".	"Tem uma gengivostomatite".	"A colega da tarde achou que não seria só por dor, parece ser uma criança difícil, seria também uma birra".
Processo Enfermagem (documentação)	Nutrição (outros dados): Recusa alimentar progressiva com 5 dias de evolução, altura em que iniciou lesões na boca. Última refeição esta manhã, cerca de 200ml de leite; Composição familiar: pais e avós maternos	Avaliar dor: Desde ontem á noite com dor torácica com agravamento hoje de manhã. Condição do papel –Papel Parental especial (monitorização e dispositivos de perfusão) Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital- Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (acompanhada pela mãe e avó alternadamente) ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim ; (Avó e mãe verbalizam a vontade de participar nos cuidados).	Dor	Potencial para melhorar PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP ; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial Monitorizar dor.	Dieta; Monitorização da Saturação de oxigénio; Monitorização de Sinais vitais Cateterismo periférico Glicose e 5% em soro fisiológico		Realizado o acolhimento em UICD. Fica acompanhada pela mãe Dormiu por períodos Quando acordada chorosa/irritada de difícil abordagem
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: PA leite com chocolate e cereais. Almoço e Jantar - sopa, 2º prato e fruta. Lanche- Pão com fiambre e iogurte. Ceia-leite com chocolate Gosta muito de iogurte de morango. Hábitos de Higiene e de Hábitos de sono?; História de dor: Dor na boca desde há 5 dias; Estratégias para o alívio da dor: Paracetamol + ibuprofeno; Tipo de escala a utilizar: FLACC; Composição familiar- vive com os pais e avós maternos	Avaliar dor: Desde ontem á noite com dor torácica com agravamento hoje de manhã. Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização- Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (avó substituiu a mãe, para esta descansar e ir algumas horas a casa) ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (Quais os cuidados que mãe e avó querem ser responsáveis?)	Dor	Potencial para melhorar PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP ; Executar; Executar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor; Observar: Avaliar condição do PP Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar dor; Vigiar dor.	Dieta; Monitorização de Sinais vitais; Monitorização da dor; Cateterismo periférico Glicose a 5% em SF a 50m/h Paracetamol 200mg SOS Ibuprofeno 20mg SOS		Deu entrada em UICD

Caso 27

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Está acompanhado pelo pai, a mãe foi para casa"; "...febre há dias..."	"...há dias + ataxia do tronco, tremores dos membros inferiores, rigidez da nuca"; Este menino esteve sempre muito queixoso, mais quando é manipulado"; " Mantém rigidez terminal da nuca"; "Teve então uma micção às 1h30, e ficou mais queixoso nessa altura mas depois acalmou"; "Está acompanhado pelo pai, a mãe foi para casa. Estes pais estão muito ansiosos porque ainda não há diagnóstico certo"; "Dormiu por longos períodos".	"Ontem por dor..."			"Tem prescrito SF em glicose a 5% a 50ml/h"; "Já estava a fazer amoxicilina + ac. Clavulânico há 5 dias por otite"; "Ele tem paracetamol retal 250mg as 7h-14h e 20h, fiz-lhe agora às 7h"; "...fez brufen às 20h"; "Tem indicação para vigilância das micções e dejeções"; " Fiz combur, tinha uma densidade de 1020".	"Lá, tinha feito PL há 4 dias, normal e interpretaram que seja a síndrome pós PL"; "Fez também TAC-CE normal".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: Alimentação diversificada; Alimentos preferidos: arroz, puré, massa e frango. Antes de dormir: leite de vaca por palhinha; Desenvolvimento (Peso corporal) : 17,5kg; Consciência: prostrado e sonolento; Composição familiar: m + pai + mãe; Processo familiar: Fica o pai a acompanhar, deseja participar nos cuidados	Condição do papel – Papel Parental desenvolvimental; Avaliar PP parceria de cuidados durante a hospitalização- Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim	Consciência	Potencial para manter PP desenvolvimental durante a hospitalização	Atender (Cuidar); Promover PP Negociar PP; Incentivar desempenho do papel parental; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow; Vigiar status neurológico; Vigiar eliminação urinária; Vigiar comportamento	Dieta; Monitorização da Saturação de oxigénio; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico; Glicose a 5% em SF	Realizado o acolhimento em UICD.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Alimentação diversificada; Alimentos preferidos: arroz, puré, massa e frango; Antes de dormir: leite de vaca por palhinha; História de dor: Choro difícil de acalmar precedido da micção desde há 3 dias; Estratégias para o alívio da dor: Paracetamol; Tipo de escala a utilizar: FLACC; Composição familiar: m + pai + mãe.	Condição do papel – PP especial (monitorização e dispositivos de perfusão); Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim (mas como ainda não tem diagnóstico estão muito ansiosos) ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (fica o pai a acompanhar, quais os cuidados que deseja participar?) Dor- tipo aperto	Dor	Potencial para melhorar PP especial durante a hospitalização	Atender (Cuidar); Negociar PP; Apoiar PP; Executar: Planear dieta; Executar estratégias não farmacologias para o controlo da dor; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow Vigiar status neurológico; Vigiar eliminação urinária; Vigiar comportamento	Dieta; Monitorização da Saturação de oxigénio; Monitorização de Sinais vitais; Cateterismo periférico Glicose a 5% em SF	Deu entrada em UICD.	

Caso 28

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Está acompanhado pela mãe"; "fbre difícil de ceder há 4 dias".	"Veio por febre difícil de ceder há 4 dias, exantema rugoso dos membros com 2 dias de evolução, hiperemia das conjuntivas e queilite"; "É um menino que tem os lábios muito secos, apliquei-lhe vaselina"; "Este menino esteve sempre febril durante a noite, o mínimo que teve foi 37,1°C às 3h da manhã, tem aspeto de doente"; "Fez um pico as 1h, fez 38,8°C".	"Veio por febre...."			"...administrado paracetamol, às 7h fez novamente paracetamol retal, porque ele teve um vômito biliar a essa hora".	"É uma suspeita de Kawasaki".	"Não tem soro e nem tem antipirético prescrito, em termos de medicação não tem nada".
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: leite de vaca; Sensações (outros dados): Claudicação do MIE, desde há 2 dias com agravamento. Exantema papular, eritematoso e pruriginoso, com incidência nos membros superiores e inferiores; Processo familiar: Acompanhado por ambos os pais mas fica a mãe durante a noite.	Condição do papel – PP desenvolvimental; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim	Febre	Potencial para manter PP desenvolvimental durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Gerir regime medicamentoso; Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar dor;	Dieta; Vigilância da dor; Vigilância do exantema; Monitorização da Saturação de oxigénio; Monitorização de sinais vitais		Realizado o acolhimento em UICD. Fica acompanhada pela mãe
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares? ; Hábitos de Higiene: Banho diário; História de Dor: Claudicação do MIE, desde há 2 dias com agravamento. Estratégias para controlar a dor: <u>manter o repouso</u> ; Escala a utilizar: FLACC; História de febre: <u>Febre desde há 4 dias, difícil de ceder</u> ; Manifestações físicas da febre: <u>pele marmoreada nos picos e tremores</u> ; Processo familiar: J + Pai + mãe	Condição do papel – PP desenvolvimental Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização - Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- Sim ; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim ; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim ; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim ; Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização - Sim (<u>Quais cuidados?</u>) Dor nos pés, essencialmente á manipulação	Febre; Dor	Potencial para manter PP desenvolvimental durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP Executar: Executar técnica de arrefecimento natural; Executar estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; Gerir: Gerir regime medicamentoso; Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar dor.	Dieta; Monitorização de sinais vitais; Monitorização da Saturação de oxigénio; Vigilância da dor; Vigilância do exantema.		Deu entrada em UICD.

Caso 29

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Esta miúda é seguida em endocrinologia por uma alopecia desde os 7 anos"; "Ela usa peruca que está na mesinha de cabeceira".	"...que já entrou há 2 dias por umas parestesias nos membros inferiores e superiores"; "...por dor 5, oral que surtiu efeito e agora está a dormir".	"Quando eu lá cheguei estava a bater no peito e dizia que tinha dor"; "Durante a noite acordou com dor torácica".	"A mãe referiu que ela além de ter essa dor torácica, também tinha alguma ansiedade".	"Quando veio, foi observada pela Neuropediatria que pediu a RMN"; "Ontem fez, colheitas PL e RMN que tem umas alterações compatível então com uma mielite"; "Fez ceftriaxone 4 mg que fará as 16h e também iniciou metil PDN 1 gr e esomeprasol 20mg, tudo ev. Já tinha feito metil no dia anterior. Esta vai ser a 3ª toma".	"Diagnosticada uma mielite"; "Já tinha cá estado 2 dias antes pela mesma sintomatologia".	"Seria para ser internada no serviço de medicina, mas não há vagas".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos alimentares: 5 a 6 refeições diárias. Alimentação diversificada. Sem intolerâncias ou alergias conhecidas; Alimentos que não gosta: leite; Hábitos de higiene: Banho diário; Sensações: Parestesias e diminuição da sensibilidade de predominância distal a nível superior e inferior; Composição familiar: Pai+ mãe+ M+ irmã (12 anos)				Observar: Monitorizar dor; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar a capacidade autocuidado higiene.	Dieta; Monitorização da dor; Monitorização sinais vitais; Cateterismo periférico Paracetamol 1r SOS Ceftriaxone 4gr Id Metil PDN 1 gr Esomeprasol 20mg,	A M, deu entrada em UICD, vinda da consulta, acompanhada pela Drª J. Apresentando o serviço à adolescente e à mãe e explicadas dinâmicas. Realizado ensino acerca de pausa alimentar a partir da meia-noite. Realizada punção lombar pela Dra J que decorreu sem incidentes.	
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos alimentares?; Alimentos que não gosta: Não gosta de leite nem de logurtes. Ao Pequeno-almoço substitui por chá; Hábitos de higiene – banho diário Hábitos de sono: faz 8 horas de sono diários; Tegumentos: Usa peruca, alopecia desde os 7 anos; Composição familiar: Mãe, pai, e irmã de 12 Anos; História de dor: Episódios de dor no peito desde há 3 semanas.; Expressão de dor: durante esses episódios costuma por a mão no peito que parece que ajuda; Já tem feito paracetamol 1gr e melhora; Tipo de escala: Escala numérica.	Avaliar ansiedade: Presença de agitação -Sim; Sinais de preocupação -Sim; Dificuldade em adormecer-Sim Dificuldade em concentrar-se - Não; Incapacidade em relaxar relacionada com a doença-Sim (Como está a vivenciar o processo? O que a ajuda a diminuir a ansiedade ?); Dor - 5 (torácica).	Dor	Ansiedade	Atender: <u>Assistir na ansiedade;</u> Gerir: Encorajar o autocontrolo: <u>ansiedade;</u> Executar: <u>Executar técnica de relaxamento; Incentivar a comunicação de emoções;</u> Observar: Vigiar dor: Monitorizar dor; Avaliar dispneia; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura; corporal; Monitorizar tensão arterial; Avaliar a capacidade autocuidado higiene; <u>Avaliar ansiedade.</u>	Dieta; Monitorização da dor; Monitorização sinais vitais; Cateterismo periférico; Paracetamol 1r SOS Ceftriaxone 4gr Id Metil PDN 1 gr Esomeprasol 20mg.	Deu entrada em UICD.	

Caso 30

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral		"Nega então a ingestão de mais algum fármaco e o motivo para isto foi uma briga com o namorado"; "Aqui, quando chegou bem, consciente e orientada, sem qualquer sintomatologia e tinha passado entre 4 a 7h após a ingestão".				Fez então as colheitas e fez doseamento de paracetamol"; "Mas pelo que percebi não era uma sobredosagem mas optaram por começar o antídoto acetilcistina"; "Então já está na última prescrição de acetilcistina, está nesta aqui que são 6200mg em 16h. Eu preparei metade da dose que termina por volta das 9.30h e depois falta mais 3100mg que corre em 8h. Terminará por volta das 18h"; "Fez colheitas durante a noite, tem um doseamento de 0,60 mas é para manter a acetilcistina"; "Ontem à tarde teve 2 vômitos e fez ondasetram por volta das 17h"; " Há indicação para pausa alimentar até as colheitas que fez 1.30h".	"Vem então transferida ontem do hospital de Aveiro por uma intoxicação por paracetamol"; " Em Aveiro, chegou por volta das 13.30h, ou seja 2 horas após a ingestão. Fez lavagem gástrica. Fez carvão ativado. Na lavagem não se identificou qualquer tipo de comprimido mas foi transferida para fazer doseamento de paracetamol"	"Por isso é melhor confirmares com o médico se pode tomar o peq. Almoço"; Por isso é melhor confirmares com o médico se pode tomar o peq. Almoço.
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço café com leite; Almoço e jantar sopa e prato; Lanche - iogurte e fruta; Alimentos que não gosta: Tomate; leite simples; queijo e fiambre; Hábitos de higiene: Banho em dias alternados; Hábitos de Eliminação: uma dejeção /dia; Hábitos de sono: Vários despertares. Dorme cerca de 9h; Composição familiar: mãe, pai e irmã. Fica acompanhada pelo pai.		Absorção comprometida		Gerir: Otimizar cateter venoso periférico; Planejar dieta; Interromper a gestão de alimento; Observar: Avaliar hemorragia; Avaliar vômito; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar comportamento; Avaliar náusea; Monitorizar vômito; Vigiar refeição	Vigilância comportamento; Monitorização da saturação de oxigénio; Cateterismo periférico; Monitorização de sinais vitais Acetilcistina		
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço café com leite; Almoço e jantar sopa e prato; Lanche - iogurte e fruta; Alimentos que não gosta: Tomate; leite simples; queijo e fiambre; Hábitos de higiene: Banho em dias alternados; Hábitos de Eliminação: uma dejeção /dia; Hábitos de sono: Vários despertares. Dorme cerca de 9h; Composição familiar: mãe, pai e irmã de 19 anos.				Gerir: Planejar dieta; Interromper a gestão de alimentos; Observar: Avaliar hemorragia; Avaliar vômito; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial Vigiar comportamento; Avaliar náusea; Monitorizar vômito.	Pausa alimentar; Vigilância de vômitos Monitorização sinais vitais; Cateterismo periférico; Vigilância do comportamento Acetilcistina	Deu entrada em UICD	

Caso 31

	TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM				Prescrições Médicas (Atitudes Terapêuticas; MCDT's)	Motivo Internamento	Outros dados / Recados	
	Avaliação Inicial (estrutura HP)	Dados Atividade Diagnóstica / Evolução Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem (CIPE)					Intervenções Enfermagem
			Processos Corporais	Pessoa				
Transmissão oral	"Ele começou com febre ontem, tinha 9 horas de evolução...."	"Ele começou febre ontem tinha 9h de evolução quando chegou ao serviço de urgência, mas uma febre alta, 39°C com picos de 4/4h e difícil de ceder aos antipiréticos"; "E com a sua tosse, rinorreia e alguma dificuldade em alimentar-se, não era uma recusa mas uma diminuição da ingesta; "..., 39°C com picos de 4/4h e difícil de ceder aos antipiréticos"; "Por ter uma febre difícil de ceder..."; "Ele quando adormeceu começou a ter Sat. O 91%"; "...porque ele adormeceu 5 da manhã e tem uma FC de 83 e eu não estive a manipular"; "Ele por vezes mobiliza algumas secreções e fica com uma respiração mais ruidosa".	"Adolescente que tem uma febre ..."		"Eu coloquei-lhe O2 por funil a 2 L e subiu logo para cima 97%".	"Entretanto fez RX, que não evidenciou nada de importante"; "...fez colheitas que tinham uma leucocitose e PCR alta"; "Fez colheita de expetoração antes de iniciar antibiótico"; "E fez às 3h da manhã a primeira toma de antibioterapia, amox + Ac clavulanico 825 mg, aproxima administração é as 11h"; "Eu após reconstituição dilui até 40ml SF a perfundir em 30min"; "Tem prescrito brometo de 8/8h 1 ampola + 12 gtas de salbutamol de 8/8h também"; "Tem a medicação dele de base, valproato de sódio e 2 gtas de risperidona"	"Eu não sei se ele não beneficiava com uma cinesioterapia".	
Processo Enfermagem (documentação)	Hábitos Alimentares: Alimentação a cada 3 horas. PA: ceralac com leite; Almoço e jantar: sopa enriquecida com fruta passada; Lanche: 3 iogurtes; Deitar: leite; Hábitos de Eliminação: Dejeções diárias; Desenvolvimento Físico: 18Kg; Hábitos de sono: Dorme a noite toda; História de dor: Episódios de irritabilidade; Tipo de Escala a utilizar: FLACC; Composição familiar: mãe, pai, irmã gêmeo e irmão com 3 Anos, saudáveis	Avaliar dispneia: Títagem-sub-costal; Dificuldade em respirar (com esforço desconforto crescente e falta de ar- Sim; Avaliar condição PP - manter PP complexo; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização ; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital – Sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital – Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital -Sim (<u>pai alterna com a mãe a presença no hospital</u>). <u>Deseja participar nos cuidados da criança durante a hospitalização - Sim (Mãe deseja participar nos cuidados habituais, que ia faz em casa.)</u>	Febre; Dispneia	Potencial para manter PP complexo durante a hospitalização	Atender (Cuidar): Negociar PP; Apoiar PP; Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta; Executar: Elevar a cabeça da cama; Executar técnica de arrefecimento natural; Gerir: Gerir oxigenoterapia; Otimizar dispositivos respiratórios; Gerir regime medicamentoso; Otimizar ambiente físico; Observar: Avaliar dispneia; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar condição PP; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar respiração			
Processo Enfermagem realizado por Perito	Hábitos Alimentares: Pequeno-almoço: cerealac com leite; Almoço e jantar sopa enriquecida com fruta; Lanche - 3 iogurtes, Deitar: leite; Hábitos de higiene: Banho diário, a calma no banho. <u>Usa banheira adaptada de forma a não escorregar;</u> Hábitos de Eliminação: dejeções diárias; <u>Usa fralda Tegumentos: pele sem alterações;</u> Dor: Expressão de dor - geme quando tem alguma coisa a incomodá-lo; Hábitos de sono: Faz medicação ao deitar para dormir, e habitualmente dorme toda a noite. <u>É posicionado durante a noite de 3/3h;</u> Composição familiar: mãe, pai, irmão gêmeo e irmão de 3 anos. Tem ajuda dos avós, quando necessário. <u>Dependente em todos os Autocuidado. Passa o dia com a mãe que o compensa nos autocuidados</u>	Avaliar dispneia: Tiragem-sub-costal; Dificuldade em respirar (com esforço desconforto crescente e falta de ar- Sim; Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização ; Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital- sim; Tem conhecimento sobre a situação da criança - Sim; Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital- Sim; Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital – Sim (<u>pai alterna com a mãe a presença no hospital; irmão de 3 anos necessita de apoio da mãe</u>). <u>Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização -Sim (Mãe acompanha e deseja participar nos cuidados que já faz em casa, mesmo durante a noite)</u> ; Avaliar autocuidado; Avaliar Ulcera de pressão (durante a noite só é posicionado se apresentar desconforto /gemido)	Febre; Dispneia	Potencial para manter PP complexo durante a hospitalização; Auto-cuidado Higiene dependente em grau elevado; Alimentar-se dependente em grau elevado; Auto-cuidado vestuário dependente em grau elevado; Posicionar-se dependente em grau elevado; Risco elevado de ulcera de pressão.	Atender (Cuidar); Negociar PP; Apoiar PP; <u>Assistir no banho; Assistir no alimentar-se;</u> <u>Assistir no posicionar-se;</u> Executar: Elevar a cabeça da cama; Executar técnica de arrefecimento natural <u>Executar estratégias não farmacológicas para o controlo da dor;</u> Gerir; Gerir regime medicamentoso; Otimizar dispositivos respiratórios; Otimizar ambiente físico; Observar; <u>Avaliar risco ulcera pressão;</u> Avaliar condição do PP; Avaliar PP: parceria de cuidados durante a hospitalização; Avaliar alimentar-se; Monitorizar frequência cardíaca; Monitorizar frequência respiratória; Monitorizar saturação de oxigénio; Monitorizar temperatura corporal; Monitorizar tensão arterial; Vigiar dor; Monitorizar dor	Dieta; Oxigenoterapia; Monitorização de Saturação de oxigénio; Monitorização Sinais vitais; Cateterismo periférico Amox+ ac clavulanico 825mg 8/8h	Deu entrada em UICD.	



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Parente
Digmº Diretor Clínico do CHUC

28 / 1 / 2020
Dr. Francisco Parente
Diretor Clínico
SUA REFERÊNCIA - EPE

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 011/CES	24-01-2020
Proc. N.º CHUC-139-19			

ASSUNTO: Estudo Observacional: "Partilha de informação na transição de cuidados: do discurso à documentação da tomada de decisão clínica em enfermagem"

Entrada na CES: 03-12-2019

Visto na Reunião de: 19-12-2019 (Parecer Desfavorável, Ofº 319/19)

Reentrada na CES: 13-01-2020

Investigador/a/es: Regina Paula Moita Esteves, Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, Mestranda em Gestão e Economia da Saúde na FEUC

Promotor: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Serviço de Realização: Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 23 de janeiro de 2020, considera como aceitáveis as alterações efetuadas, pelo que emitiu parecer favorável.

"A Comissão considera como aceitáveis as alterações efetuadas. Parecer Favorável. No entanto, deverá ser retirada do texto de Consentimento Informado a frase: "Como participante neste estudo beneficiará de vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança"

Mais se informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor João Pedroso de Lima
Presidente

CES do CHUC: Prof. Doutor João Pedroso de Lima, Prof. Doutora Margarida Silvestre, Enfª Adélio Tinoco Mendes, Dra. Cláudia Santos, Dra. Isabel Ventura, Dr. José António Feio, Rev. Pe. Doutor Nuno das Santos, Dr. Pedro Lopes, Dra. Teresa Monteiro



UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A CA
R
6/2/20

Prof. Doutor Fernando J. Regateiro
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

Exmo Senhor
Prof. Doutor Fernando Regateiro
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		CHUC-139-19	03-01-2020

ASSUNTO: Aprovação do Projecto de Investigação CHUC-139-19

A pedido de Regina Paula Moita Esteves, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre "*Partilha de informação na transição de cuidados: do discurso à documentação da tomada de decisão clínica em enfermagem*", ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer Favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Exª que este Projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

CHUC - Conselho de Administração
Autorizado nos termos do parecer da Comissão de Ética pelo o Secretário 03/01/2020

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PIA Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Saraiva
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

