

## Análise dos registos de enfermagem informatizados

Analysis of electronic nursing records

Milene Cristina Chícharo Silvestre<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

### Resumo

**Enquadramento:** Os sistemas de informação surgem para facilitar o acesso à informação, conferindo maior confiabilidade e exatidão dos dados, bem como uma maior legibilidade e a possibilidade de padronização de registos.

**Objetivos:** Analisar o conteúdo dos registos de enfermagem informatizados relativos à capacidade cognitiva e ânimo das pessoas internadas no serviço de medicina interna e identificar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente, relativos à capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

**Metodologia:** O estudo é descritivo, exploratório e retrospectivo documental. Foi definida como população as pessoas internadas no serviço de medicina interna de um centro hospitalar durante o período temporal de um mês.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 36 pessoas. Em relação às variáveis capacidade cognitiva, memória, perturbação do pensamento ou consciência e tristeza verificou-se que apesar da existência de pessoas que manifestavam alterações, não existiam registos de enfermagem que as mencionassem. No que respeita às variáveis discurso desorganizado, função mental ao longo do dia, ansiedade e comportamento abusivo aferiu-se a presença de registos no processo de enfermagem, mas em números inferiores aos identificados através do instrumento InterRAI®.

**Conclusão:** A informação que os enfermeiros detêm é diferente da informação que registam, não permitindo a caracterização da capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

**Palavras-chave:** registos eletrónicos de saúde; auditoria de enfermagem; processo de enfermagem; registos de enfermagem; cognição; ânimo

### Abstract

**Background:** Information systems are designed to facilitate documentation, providing greater reliability and accuracy of data, as well as greater readability and the possibility of standardisation of records.

**Objective:** To analyse the content of electronic nursing records related to cognitive capacity and mood of hospitalised people in the internal medicine unit; to identify the differences between the data collected and the data recorded electronically regarding the person's cognitive capacity and mood.

**Methodology:** This is a retrospective, descriptive and exploratory study. The study population was defined as all the people hospitalised in the medical unit of a hospital during a one-month period.

**Results:** The sample consisted of 36 people. Regarding the variables cognitive capacity, memory, thought disorder or consciousness and sadness, it was found that although there were people who manifested changes, there was no nursing record that mentioned them. Regarding the variables disorganized speech, mental function throughout the day, anxiety and abusive behaviour, there were records in the nursing process, but in numbers lower than those identified through the instrument.

**Conclusion:** The information that nurses have is different from what they record, not allowing the global characterisation of a person's state.

**Keywords:** electronic health records; nursing audit; nursing process; nursing records; cognition; mood

## Introdução

Ao longo dos últimos anos as tecnologias de informação têm vindo a afirmar-se como indispensáveis nas organizações, e a área da saúde não é exceção. Os sistemas e as tecnologias de informação e comunicação são fundamentais na gestão da multiplicidade de informação que envolve os cuidados de saúde. Atualmente os dados são na sua maioria informatizados, no entanto a capacidade dos sistemas em responder às necessidades dos profissionais e clientes é questionável.

Os benefícios da utilização de sistemas informatizados passam pela acessibilidade e organização da informação, pela melhoria do desempenho, ao reduzir tempo gasto em atividades burocráticas, e maior disponibilidade para o cuidado direto às pessoas (Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011).

Na enfermagem, os sistemas de informação surgem no sentido de facilitar os registos, conferindo maior confiabilidade e exatidão dos dados, bem como uma maior legibilidade e a possibilidade de padronização de registos. Assim, permite o recurso aos resultados de enfermagem para avaliação da efetividade e da qualidade dos cuidados, constituindo uma fonte de dados de evidência.

Com a introdução de uma linguagem comum, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi possível o desenvolvimento de um modelo de sistema de informação que se centra na área das intervenções de enfermagem. A agregação de dados proposta pelo resumo mínimo de dados de enfermagem permitiu a elaboração de indicadores de saúde, identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e promover a qualidade dos cuidados (Pereira, 2009). No entanto, a padronização dos dados pode colidir com a valorização de determinados diagnósticos em detrimento de outros, correndo o risco de excluir o registo de focos de enfermagem essenciais, mas que não se incluem nos padrões definidos.

Existem áreas identificadas como de grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, nomeadamente a gestão do regime terapêutico, a gestão de sintomas e os focos úlcera por pressão, autocuidado, queda e preparação para a alta (Fernandes, & Almeida, 2017; Spilsbury, & Meyer 2001). Após a disseminação dos sistemas informatizados, mantém-se escassa a literatura que contemple os focos registados e os resultados produzidos pelas intervenções de enfermagem. Os estudos encontrados nesta área relacionam-se com a capacidade de adaptação à introdução do sistema de

informação e não ao conteúdo dos registos.

O presente estudo reflete a preocupação dos investigadores sobre o conteúdo registado no processo de enfermagem e tem por objetivo analisar os registos informatizados de enfermagem relativos às pessoas internadas num serviço de medicina interna e de identificar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente. A análise irá incidir nos focos capacidade cognitiva e ânimo, por serem aspetos considerados fundamentais na promoção da autonomia da pessoa e na garantia de cuidados de enfermagem de qualidade.

### **Enquadramento teórico**

Perante a crescente necessidade de informatização nas instituições de saúde, a enfermagem deve acompanhar a evolução tecnológica sem perder as especificidades que a definem. A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional é preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, como um processo de mudança que temos de clarificar. Tal como Silva (2006, p. 23) realça, é “preciso saber no contexto das práticas, se o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros é concordante com os modelos conceptuais definidores da própria disciplina e que norteiam a

conceção e o desenho dos sistemas de informação em enfermagem” sob pena de criar um obstáculo ao desenvolvimento da enfermagem. “A utilidade das teorias de enfermagem não se esgota na dimensão explicativa dos fenómenos, visa (...) o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas de cuidados” (Pereira, 2009, p.16). Sabendo que a evolução teórica da enfermagem influencia a prática profissional, invariavelmente irá influenciar os registos produzidos pelos enfermeiros.

O processo de enfermagem surge como um método sistemático de organizar o pensamento para a tomada de decisão clínica, permitindo planificar e decidir sobre os cuidados que irá prestar, através de um processo dinâmico e individualizado de resolução de problemas (Hagos, Alemseged, Balcha, Berhe, & Aregay, 2014).

O registo de enfermagem irá permitir a continuidade dos cuidados, pelo que o sistema de informação deve permitir a introdução de dados sobre o cliente, avaliar os resultados e servir como documento legal (Potter, & Perry, 2006). Pretende-se que os sistemas de informação evidenciem as tomadas de decisão integradas no processo de enfermagem, no qual o enfermeiro faz o levantamento das necessidades de cuidados de enfermagem até à avaliação dos cuidados prestados.

Marinis et al. (2010) realizaram um estudo, no qual pretenderam contribuir

para o debate da qualidade dos registos manuais de enfermagem, comparando os registos produzidos pelos enfermeiros com os resultados de entrevistas aos enfermeiros após os cuidados prestados. Este estudo apurou inconsistências relativamente às observações, ao relatado pelos enfermeiros e ao registado, nomeadamente quanto a atividades de cariz físico (38% de registos face aos cuidados prestados) e educacional (3% de registos). Isto é, os enfermeiros fazem mais do que registam, denunciando os cuidados prestados como uma prioridade face aos registos. Este estudo identificou 1568 intervenções de enfermagem, mas só 40% foram registadas. Os registos são vistos, tal como outros autores indicam, como burocracia e nos dias em que a carga laboral é maior, os registos são significativamente mais pobres (Silva, 2006).

Paans, Sermeus, Nieweq e Schans (2010) desenvolveram um estudo em 10 hospitais da Holanda entre 2007 e 2008, com o objetivo de descrever a precisão dos registos de enfermagem. Num total de 341 registos de enfermagem, estes autores concluíram que apesar dos registos estarem estruturados de acordo com as fases do processo de enfermagem, a documentação estava descrita de forma cronológica, ou seja, os primeiros registos apareciam no início do processo e os mais recentes no final. Constataram que 28% dos registos

continham todas as fases do processo de enfermagem e que 38% dos registos não estavam estruturados de acordo com o processo de enfermagem.

Gjevjon e Helles (2010) realizaram um estudo de investigação onde analisaram a documentação produzida em contexto de cuidados domiciliários, desde a entrada das pessoas até ao máximo de seis meses de estadia, com o objetivo de compreender a documentação de enfermagem como importante indicador de qualidade dos cuidados. Foram documentados 264 diagnósticos de enfermagem e analisados em três fases: sistematização dos registos não estruturados, estruturação dos registos de acordo com o processo de enfermagem e avaliação com um instrumento validado. Este estudo traduziu-se nos seguintes resultados: os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente encontrados relacionam-se com integridade cutânea (22%), atividades de vida diária (19%), bem-estar emocional (11.4%), dor (9%), respiração (6.8%), capacidade cognitiva (6.4%), eliminação e nutrição (4.9%) e comunicação (0.7%). Os autores enfatizam os dados relativos à comunicação, questionando se a comunicação não é um foco presente nos cuidados, então a sua vontade não era tida em conta.

Neste estudo incidimos nos focos capacidade cognitiva e ânimo, por serem aspetos fundamentais na promoção da

autonomia da pessoa. A autonomia está relacionada com a liberdade de fazer as próprias escolhas, da livre decisão dos indivíduos sobre as suas ações e da possibilidade de traçar o seu percurso de vida (Fleury-Teixeira et al., 2008).

A capacidade cognitiva é a capacidade para tomar decisões no dia-a-dia. É o processo intelectual que “envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória” (International Council of Nurses, 2018, p. 27). A perceção é o registo mental consciente dos estímulos sensoriais através dos sentidos, enquanto o pensamento está relacionado com a capacidade para escolher e resolver problemas de forma sistemática (International Council of Nurses, 2018). A memória é um processo psicológico, através do qual “são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos” (International Council of Nurses, 2018, p. 84). Na capacidade de memorizar, foi avaliada a memória a curto prazo, memória processual e situacional.

O ânimo diz respeito à receptividade ao cuidado e ao interesse demonstrado. É considerado um comportamento de procura de saúde, ou seja, a “forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas

aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros” (International Council of Nurses, 2018, p. 30).

## **Objetivos**

Foram definidos como objetivos:

- Analisar o conteúdo dos registos de enfermagem informatizados relativos à capacidade cognitiva e ânimo das pessoas internadas no serviço de medicina interna;
- Identificar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente relativamente à capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

## **Questão de investigação**

Os registos realizados pelos enfermeiros demonstram a capacidade cognitiva e ânimo da pessoa?

## **Metodologia**

Este estudo é descritivo, exploratório e retrospectivo documental. Definiu-se como população todas as pessoas internadas no serviço de medicina de um centro hospitalar durante o período temporal de um mês.

Após parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Comissão de Ética, o projeto foi aprovado

em reunião do Conselho de Administração.

Para proceder à colheita de dados foram utilizados dois processos: a aplicação de um instrumento proposto pela InterRAI® em situações de cuidados agudos e a análise dos registos informatizados de enfermagem relativamente às pessoas a quem foi aplicado o instrumento anterior. Esta análise foi realizada após impressão dos *outputs* fornecidos para o processo de enfermagem (apreciação inicial, diagnósticos e carta de transferência).

O instrumento de colheita proposto pela InterRAI® - Cuidados Agudos foi desenvolvido para promover uma avaliação de pessoas adultas e idosas em contexto hospitalar e ainda avaliar componentes específicos a nível funcional e psicossocial. É constituído por 19 secções, denominadas por letras, compreendidas da secção A até à secção R. Cada secção corresponde a uma avaliação pormenorizada de variáveis em quatro momentos, que correspondem a períodos temporais durante o internamento.

O primeiro momento (M1) é relativo a aspetos anteriores à admissão, isto é, às características antes do episódio de morbilidade que os levou ao hospital. O segundo momento (M2) é relativo ao período da admissão. O terceiro momento reporta-se ao 14º dia de internamento e por fim, o quarto momento reflete o momento da alta. No entanto, e dado que

o internamento da maioria das pessoas não chegava ao 14º dia, decidiu-se, para este estudo, denominar o terceiro momento, o momento da alta (M3) e excluir a avaliação do 14º dia.

As diferentes variáveis pressupõem a avaliação da pessoa em diversos aspetos, proporcionando numa escala tipo *likert*, com opções de preenchimento pré-definidas.

Com o intuito de responder à questão de investigação formulada, optámos pela aplicação de apenas algumas secções do instrumento, nomeadamente:

- Identificação da Pessoa - Secção A – inclui aspetos como o nome, género, data de nascimento, estado civil, raça e língua materna. Todos estes aspetos foram incluídos na investigação dada a importância da caracterização da amostra.
- Admissão e História Inicial - Secção B – incluem aspetos como a data de internamento, a proveniência da pessoa, formas de coabitação, episódio desencadeador da admissão, período desde a última hospitalização, tempo passado na urgência e se foi submetido ou não a intervenção cirúrgica.
- Datas de Avaliação - Secção C – neste estudo só foram consideradas a data de admissão e a data da alta. A data relativa ao 14º dia de internamento não tem grande expressão no local de colheita de dados, dado que a maior

parte dos internamentos não atingem esta data temporal.

- Cognição - Secção D – corresponde à avaliação das capacidades cognitivas da pessoa.
- Comportamento e ânimo - Secção F – relaciona-se com o comportamento e ânimo relatado pela pessoa internada.

A tradução do instrumento e a correspondente validação cultural e semântica foi efetuada por Amaral, Ferreira e Gray (2014). O processo constou de uma tradução efetuada por dois tradutores independentes, sendo realizada uma tradução de consenso e feita a retroversão, que resultou numa ampla coincidência de termos. Foi a seguir medida a consistência interna com um Kappa médio para a totalidade dos itens de 0.75, sendo que esse valor varia entre 0.63 e 0.73 para cada uma das subespecialidades dos itens. A avaliação inicial das propriedades psicométricas do instrumento permite dizer que os itens utilizados são apropriados para aplicação clínica.

### **Procedimento de recolha e análise dos dados**

Para o tratamento de dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS/PC para Windows. O tratamento de dados qualitativos foi realizado com recurso à análise de conteúdo dos registos informáticos e a análise do instrumento

aplicado. Foi construída uma grelha à *posteriori* tendo em conta as variáveis apresentadas no instrumento, denominando as categorias com os nomes das variáveis do instrumento InterRAI ®. Em cada categoria foram comparados os dados do instrumento em cada momento, M1, M2 e M3, respetivamente com os dados registados na aplicação Sclinico: Apreciação Inicial, Diagnósticos de Enfermagem e Carta de Transferência.

### **Resultados**

Das 36 pessoas que constituem a amostra, 41,7% (15 pessoas) são do sexo masculino e 58,3% (21 pessoas) do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre 33 e 94 anos, com uma média de 71,89 e desvio padrão de 14,447. A moda apresenta três valores iguais: 67, 73, 76 anos.

Quanto à língua materna, 97,2% falam português, verificando-se apenas uma pessoa com outra língua materna. Constatou-se também que 29 pessoas são de raça caucasiana.

Relativamente ao estado civil a amostra tem 47,2% de pessoas viúvas e 41,7% de pessoas casadas, sendo as restantes solteiras e uma que vive com o parceiro.

Quanto à sua proveniência, a maior parte das pessoas são provenientes de moradias próprias 77,8% e 13,9% residem

em estruturas residenciais para idosos. Os restantes provêm de hospitais de agudos.

Relativamente a com que vive, constatou-se que 30,6 % das pessoas vivem apenas com cônjuge, 25% vivem com filhos sem cônjuge, 13,9% vivem sozinhas e 8,3% vivem com não familiares.

Quanto ao episódio desencadeador da admissão manifestou-se em 77,8% nos últimos 7 dias que antecederam a admissão. Para 11,1% da amostra desencadeou-se nos 8 a 14 dias antes da admissão. Na restante amostra verifica-se que o episódio tem vindo a evoluir há mais de 15 dias.

Verificou-se que cerca de 86,1% não teve qualquer episódio de hospitalização nos últimos 90 dias que antecederam a admissão, sendo que os restantes 14 % da amostra teve uma hospitalização há pelo menos 30 dias.

Ao analisar o tempo passado no serviço de urgência antes da admissão no serviço de medicina, os dados revelam que 30% das pessoas estiveram até 8 horas à espera, cerca de 25% estiveram até 24 horas, 16,7% até 48 horas e ainda 22% estiveram mais de 48 horas a aguardar a sua admissão no serviço.

Pela análise do instrumento aferiu-se também que nenhum dos participantes foi submetido a cirurgia.

Para proceder à análise dos dados registados a nível informático no processo de enfermagem comparam-se os dados

registados na apreciação inicial com os dados obtidos na pré-admissão (M1), os diagnósticos de enfermagem identificados com os dados colhidos no momento da admissão (M2) e por fim, os dados registados na carta de transferência comparados com os dados colhidos no momento da alta (M3).

Quanto à capacidade cognitiva, o instrumento teve em conta as capacidades para tomar decisões no dia-a-dia e a capacidade de memorizar. Pela análise do quadro 1 verificou-se que 24 pessoas são independentes na tomada de decisão, 8 pessoas revelam incapacidade na tomada de decisão, necessitando de estímulos ou supervisão nesses momentos e 4 pessoas têm incapacidade grave, que traduz a não tomada de decisões em nenhum momento do dia-a-dia.

Comparando os dados verificados com os registos de enfermagem, aferiu-se que em relação a esta variável não existe qualquer registo realizado em nenhum dos três momentos.

Também relativamente à capacidade de memorizar não existe nenhum registo, no entanto, a análise do quadro 1 permite-nos verificar que existem pessoas com problemas relativos à memória a curto prazo, memória processual e ainda situacional, mas que não foi valorizado nos registos de enfermagem. Mais uma vez, apesar de haver informação, ela não foi registada no processo.

Quadro 1 - Capacidade de tomar decisões e memória

	InterRAI M1	Apreciação inicial	InterRAI M2	Diagnósticos de Enfermagem	InterRAI M3	Carta de Transferência
	N	N	N	N	N	N
<b>Capacidade cognitiva de tomar decisões</b>						
Independente	22	0	15	0	19	0
Independente modificada	2	0	4	0	2	0
Incapacidade mínima	4	0	3	0	2	0
Incapacidade moderada	4	0	6	0	5	0
Incapacidade grave	4	0	8	0	8	0
<b>Capacidade de memória</b>						
Memória a curto prazo - ok	31	0	27	0	25	0
Problemas de memória a curto prazo	5	0	9	0	11	0
Memória processual - ok	27	0	23	0	25	0
Problemas de memória processual	9	0	13	0	11	0
Memória situacional - ok	28	0	24	0	25	0
Problemas de memória situacional	8	0	12	0	11	0

Quanto a perturbações periódicas do pensamento ou consciência foi avaliada a dificuldade em prestar atenção, e verificou-se que este comportamento está presente tanto na admissão (9 pessoas) como no momento de alta (11 pessoas), no entanto, não há qualquer registo a nível informático que nos permita proceder a uma comparação.

Relativamente aos momentos de discurso desorganizado, considerando quando o discurso não faz sentido ou passa de assunto em assunto, verifica-se pela análise do quadro 2 que existe registo no processo de enfermagem desta

perturbação do pensamento quer no momento de admissão quer no momento da alta, mas com números inferiores aos identificados através do instrumento. No momento de admissão foram incluídos dados da apreciação inicial e diagnósticos de enfermagem por constatar-se que a ausência deste comportamento está registada na apreciação inicial e a presença do diagnóstico está registada em diagnósticos de enfermagem.

Pode-se constatar, ainda, que o instrumento nos permite caracterizar o comportamento presente ou não presente e ainda se este difere do funcionamento

normal. Quanto aos registos informáticos, apenas se pode saber se o comportamento está ou não presente. Verifica-se que no momento de admissão (M2) 29 pessoas não apresentam este comportamento, enquanto 7 pessoas têm alterações no discurso. Estes números são inferiores quando se analisam os registos. Os registos remetem-nos apenas para 6 pessoas com esta perturbação e 2 sem alterações. Não há registo quanto à restante amostra.

Quanto à função mental, o instrumento avaliou a alteração da função mental ao longo do dia no momento de admissão e no momento da alta. O processo de enfermagem permitiu identificar 28 registos no momento da admissão. Aqui foram contabilizados os registos que estão na apreciação inicial, nomeadamente em situações cuja função mental se mantém inalterada. Os 7 registos encontrados reportam-se a diagnósticos de enfermagem onde se identifica o comportamento avaliado através do diagnóstico de enfermagem “Consciência alterada”.

Relativamente à alteração aguda do estado mental verifica-se que foram

identificados 27 registos no momento da admissão. Estes registos reportam-se à avaliação na apreciação inicial nos casos em que não há alteração do estado mental e nos casos de alteração foram contabilizados os diagnósticos de enfermagem, nomeadamente relativos a “Confusão” ou “Agitação”.

Comparativamente aos dados fornecidos pelo instrumento pode-se constatar que a amostra foi caracterizada a este nível na sua totalidade, no entanto, ao nível dos registos não existem em 10 processos a ausência de alterações.

Já no momento da alta, verifica-se que os registos apenas identificam 2 pessoas com perturbações no discurso, quando o instrumento identifica 9 pessoas. Também não há registo de que este comportamento não esteja presente na restante amostra. A função mental foi identificada em 9 registos.

Quanto a alterações agudas do estado mental no momento da alta, foram identificados 6 registos. Não existem registos quanto à restante amostra. Procedendo à diferença, constata-se que cerca de 30 registos não foram valorizados.

Quadro 2 - Capacidade cognitiva no momento da admissão e da alta

	InterRAI M2	Diagnósticos de Enfermagem	InterRAI M3	Carta de Transferência
	N	N	N	N
<b>Discurso desorganizado</b>				
Comportamento não presente	29	2	27	0
Comportamento presente	3	6	5	2
Comportamento presente, mas diferente do funcionamento normal	4	-	4	0
<b>Função mental varia ao longo do dia</b>				
Comportamento não presente	27	21	25	1
Comportamento presente	5	7	7	8
Comportamento presente, mas diferente do funcionamento normal	4	-	4	0
<b>Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual</b>				
Não	30	20	28	1
Sim	6	7	8	5

Ao analisar o quadro 3 constata-se que não existe nenhum registo relativo ao comportamento e ânimo no momento anterior à admissão pelo que não é possível proceder à comparação.

Quanto ao momento de admissão e relativamente ao pouco interesse ou prazer nas coisas que gosta de fazer, pode-se constatar que existem apenas dois registos informáticos.

No momento da alta apenas existe um registo quanto à variável relacionada com o ânimo: pouco interesse, quando a análise do instrumento nos evidencia um maior conhecimento da amostra.

Em relação à ansiedade, não existe nenhum registo na apreciação inicial, no entanto, os dados colhidos através do instrumento permitem caracterizar a totalidade da amostra. Relativamente à mesma variável no momento de admissão verifica-se que nos registos só há 2 referências em diagnósticos de

enfermagem. No momento da alta foi considerada uma referência em forma de narrativa na carta de transferência como se pode verificar no quadro seguinte.

Relativamente ao sentimento de tristeza, através dos dados colhidos pelo instrumento pode-se caracterizar a amostra em todos os momentos, contudo, não existe nenhum registo de enfermagem que permita proceder à comparação. Constata-se que a tristeza está presente, mas não foi valorizada e não foram adequados diagnósticos e intervenções nesse sentido.

Quanto a sintomas de comportamento abusivo, descritos no instrumento como abuso verbal, abuso físico e resistência aos cuidados, verifica-se que nos registos existem duas referências, uma no momento da admissão, em que foi identificado o diagnóstico e outra referência no momento da alta, através da carta de transferência. Estes dados estão

de acordo com o que foi verificado no demonstra.  
instrumento, conforme tabela a seguir

Quadro 3 - Ânimo Auto reportado e sintomas de comportamento abusivo

	InterRAI M1	Apreciação inicial	InterRAI M2	Diagnósticos de Enfermagem	InterRAI M3	Carta de Transferência
	N	N	N	N	N	N
<b>Ânimo auto reportado: Pouco interesse</b>						
Não, nos últimos 3 dias	21	0	19	0	21	0
Não, nos últimos 3 dias mas sente-se assim frequentemente	2	0	3	0	1	0
Sim, sentiu-se assim nos últimos 3 dias	5	0	4	2	4	1
A pessoa não quer/pode responder	8	0	10	0	10	0
<b>Ânimo auto reportado: ansiedade</b>						
Não, nos últimos 3 dias	23	0	19	0	22	0
Não, nos últimos 3 dias mas sente-se assim frequentemente	2	0	3	0	1	0
Sim, sentiu-se assim nos últimos 3 dias	3	0	4	2	4	1
A pessoa não quer/pode responder	8	0	10	0	9	0
<b>Ânimo auto reportado: tristeza</b>						
Não, nos últimos 3 dias	23	0	19	0	19	0
Não, nos últimos 3 dias mas sente-se assim frequentemente	2	0	3	0	2	0
Sim, sentiu-se assim nos últimos 3 dias	3	0	4	0	5	0
A pessoa não quer/pode responder	8	0	10	0	10	0
<b>Sintomas de comportamento abusivo</b>						
Não	35	0	34	0	35	0
Sim	1	0	2	1	1	1

## Discussão

Perante a análise dos dados anteriormente referidos, pode-se inferir que, durante a fase de acolhimento da pessoa internada, existe informação relativa à sua história clínica e pessoal diária que não é valorizada. O registo de informação na apreciação inicial compõe sobretudo uma página, o que se traduz, segundo a nossa opinião, numa desvalorização desta fase do processo de enfermagem.

Tal como Paans et al. (2010) referiu no seu estudo, os dados pessoais relativos a nome, idade e estado civil estão presentes. Já relativamente aos dados sociais, onde podemos incluir a etnia, com quem vive, qual o tipo de habitação, se tinha ou não apoio prévio ao internamento de alguma instituição, pode-se concluir que não existem registos informatizados que permitam caracterizar a pessoa internada a este nível. A maioria dos registos refere-se apenas com quem vive a pessoa, se acompanhada ou não e os dados relativos ao convivente responsável somente se referem ao nome. Poderá inferir-se que os domínios da adaptação e do papel do cuidador informal ainda se encontram no âmbito do acima exposto, tal como Pereira (2009) havia referido, a valorização do papel do prestador não acontece desde o início do internamento. No que respeita à capacidade cognitiva, verificou-se que este foco não é

valorizado nos registos de enfermagem. A capacidade cognitiva, de memorizar, perturbações de pensamento, de visão e audição raramente são registadas, quando há evidência no instrumento de colheita de dados de incapacidade grave a estes níveis de saúde. Já Gjevjon e Helles (2010), no seu estudo questionaram se o não registo da comunicação como foco presente nos cuidados implica que a voz da pessoa não é tida em conta.

Questionamos a adequação dos diagnósticos e intervenções às necessidades reais das pessoas, se estes não são registados e tidos em conta na tomada de decisão.

Quanto ao foco ânimo que tem em conta o sentimento de pouco interesse nas atividades, da tristeza e da ansiedade não existe nenhum registo apesar de essa informação ser obtida através do instrumento.

Experienciar um processo de doença pode causar o desenvolvimento de sentimentos como medo, angústia e tristeza, sendo a intervenção do enfermeiro fundamental para que a necessidade de internamento não intensifique esses sentimentos (Fernandes, & Vareta, 2019).

Os resultados deste estudo demonstram que em relação à variável ânimo, apesar de existirem indicadores sugestivos de alteração nos doentes, este foco não foi valorizado.

Os enfermeiros sabem que as suas decisões têm implicações nos resultados dos seus cuidados, no entanto, ainda existe uma lacuna que não permite relacionar os cuidados de enfermagem com os resultados obtidos, sendo os registos de enfermagem uma dessas limitações (Jansson et al., 2010; Suhonen et al., 2008).

Considerando a essência do cuidar em enfermagem, era expectável que os registos traduzissem o trabalho real dos enfermeiros, que demonstrassem a sua capacidade de reconhecer, não apenas os aspetos biomédicos referentes à doença, mas também a visão holística da pessoa, na qual é valorizada a sua autonomia, assim como o seu ser psicossocioespiritual. Os resultados evidenciados nesta investigação estão em consonância com as verificações de Cardoso, Silva, Alves e Martins (2019) que concluíram que a maioria da documentação realizada pelos enfermeiros era relativa à função, aos aspetos biomédicos do trabalho dos enfermeiros, evidenciando uma aparente desvalorização das transições vivenciadas pelas pessoas.

Pela análise dos diagnósticos de enfermagem os investigadores têm dificuldade em compreender a individualização dos cuidados, isto é, o facto de serem identificados os mesmos diagnósticos de enfermagem a todas as

pessoas, impossibilita esta individualização.

Não existem vantagens na realização de registos de enfermagem padronizados, pois o conteúdo que extraem da informação processada nos seus registos não permite retirar conhecimento da experiência documentada (Silva, 2006).

## **Conclusão**

Sabendo que só se pode evoluir como ciência ao conseguir evidenciar os cuidados, como podemos afirmar que os resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem se não forem registadas todas as decisões que são assumidas? Esta é uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e basear a sua prática em evidências.

Conclui-se que a informação que os enfermeiros detêm é diferente da que registam e que não permite a caracterização global do estado da pessoa, pois nos registos analisados a apreciação inicial contém pouca informação. Os dados relativos à idade, nome, estado civil e pessoa significativa estão presentes e permitem caracterizar a pessoa, muito embora, esta informação não seja linear em todos os registos encontrados. Quanto à pessoa significativa apenas foi encontrado o nome, sem outra referência. Verificou-se

que não são valorizados focos como a capacidade cognitiva, de compreensão e expressão, ânimo, desempenho em atividades domésticas e questões nutricionais a nível dos registos, embora tenhamos essa informação através do instrumento.

É necessário que os enfermeiros documentem os cuidados que prestam, os diagnósticos, as intervenções e os resultados, para que seja possível evidenciar a qualidade dos cuidados prestados.

Perante estes resultados é fulcral repensar a execução dos registos de enfermagem. É necessária uma mudança das práticas de enfermagem no contexto hospitalar, centrando os focos de registo na essência do trabalho do enfermeiro, retirando a primazia da componente biomédica das suas funções, em prol de um cuidado individualizado, nos processos experienciados pelas pessoas.

Uma fragilidade desta investigação prende-se com o facto de este ser um estudo realizado num serviço de um hospital numa área geográfica restrita e portanto não poder ser generalizado face ao pouco rigor na seleção e definição no tamanho da amostra. No entanto, pode constituir um alerta para esta problemática e como tal, sugere-se a realização de uma investigação mais representativa e abrangente como proposta para trabalhos futuros.

## Referências bibliográficas

Amaral, A., Ferreira, P., & Gray, L. (2014). Validação do International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI-AC) para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 103-105. DOI: 10.12707/RIII13197

Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs*, 30(3), 464–471. DOI: 10.1377/hlth aff.2011.0178

Cardoso, M. F., Silva, M. C., Alves, C. M., & Martins, M. M. (2019). O processo de morrer: que expressão tem nos registos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 121-130. DOI: 10.12707/RIV19016

Fernandes, J. B., & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.

Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). Necessidades dos cuidadores informais da pessoa com demência em contexto de institucionalização de longo prazo. In R. Pocinho, & N. P., Esperanza. *Envelhecimento como perspectiva futura* (611-623). Thomson Reuters.

- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F., Campos, F., Álvares, J., Aguiar, R., & Oliveira, V. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2115-22. **DOI:** 10.1590/S1413-81232008000900016
- Gjevjon, E., & Helles, R. (2010). The Quality of Home Care Nurses Documentation in New Electronic Patients Records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Hagos, F., Alemseged, F., Balcha, F., Berhe, S., & Aregay, A. (2014). Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working In Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nursing Research and Practice*, 1, 1-8. **DOI:** 10.1155/2014/675212
- International Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Português*. Recuperado de: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E., & Forsberg, A. (2010). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing - sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3), 611-618. **DOI:** 10.1111/j.1365-2753.2009.01233.x
- Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D. ... Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!': Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweq, R. M., & Schans, C. P. (2010) Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 6(11), 2481-2489. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5<sup>o</sup> Ed. Lisboa: Lusociência.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Edição Formasau.
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs*, 10(1), 3-14. **DOI:** 10.1046/j.1365-2702.2001.00423.x
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*,

17(7), 843-860. **DOI:** 10.1111/j.1365-270  
2.2007.01979.x