



REVISÃO

NURSING REPORT ON THE CARE GIVEN TO PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS: AN EXPLORATORY STUDY IN THE SCIENTIFIC LITERATURE.

REGISTRO DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO PRESTADO AO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NA LITERATURA CIENTÍFICA.

INFORME DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRESTADA A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN LA LITERATURA CIENTÍFICA.

Luciana Ramos Corrêa Pinto¹, Teresa Tonini², Vera Lúcia de Castro Périssé³

ABSTRACT

The record of the evolution of the lesions of patients with diabetes mellitus (DM) can provide grants for planning, implementation and evaluation of care. The motivation for the study came from the observation of how there were the records of hospital nursing care to patients with DM, whether diagnostic, intervention and evaluation. **Objective:** identify the scientific production of nursing records about the care provided to patients with DM and check the implications of registration for nursing care to patients with DM. **Method:** descriptive and retrospective literature review using the databases: LILACS, BDEF, between 1998 and 2009. **Results:** There was a small number of publications concerning to registration of Nursing as a way to generate implications for the care to patients with DM. A higher approach in the importance of the record, because it reflects the work performed by nurses, should be prepared with quality to be used as information to the team and as support in legal proceedings. **Conclusion:** Awareness of the team must occur to ensure that all procedures and actions are effectively registered. **Descriptors:** Diabetes mellitus, Nursing, Nursing process, Nursing registry.

RESUMO

O registro da evolução das lesões do portador de *Diabetes Mellitus*(DM) pode fornecer subsídios para o planejamento, execução e avaliação da assistência prestada. Assim, a motivação para o estudo surgiu a partir da observação de como ocorrem os registros do cuidado de enfermagem hospitalar a pacientes portadores de DM, seja para diagnóstico, intervenção ou avaliação. **Objetivos:** Identificar produções científicas dos registros de enfermagem acerca do cuidado prestado ao portador de DM e verificar as implicações do registro de enfermagem para o cuidado ao paciente portador de DM. **Método:** Revisão bibliográfica do tipo descritiva e retrospectiva utilizando as bases de dados: LILACS e BDEF, no período de 1998 e 2009. **Resultados:** Houve um número reduzido de publicações referentes ao Registro de Enfermagem como forma de gerar implicações para o cuidado ao paciente portador de DM. Existiu maior abordagem na importância do registro, pois esse reflete o trabalho executado pelos enfermeiros, devendo ser elaborado com qualidade para ser utilizado como meio de comunicação da equipe e utilizado como respaldo em processos judiciais. **Conclusão:** Esforços para a conscientização da equipe devem ocorrer para permitir que toda a assistência de enfermagem seja efetivamente registrada, podendo contribuir para a avaliação do cuidado e da eficácia das intervenções terapêuticas refletindo em melhorias na qualidade de vida dos pacientes portadores de DM. **Descritores:** Diabetes mellitus; Enfermagem; Processo de enfermagem; Registro de enfermagem.

RESUMEN

El registro de la evolución de las lesiones de los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) puede proporcionar subvenciones para la planificación, ejecución y evaluación de la atención al paciente. La motivación para el estudio surgió de la observación de cómo ocurren los registros de la atención de enfermería hospitalaria a los pacientes con DM, sea ellas de diagnóstico, intervención o evaluación. **Objetivos:** Identificar la producción científica acerca de los registros de enfermería en la atención dirigida a los pacientes con DM y comprobar las consecuencias de los registros para los cuidados de enfermería a los pacientes con DM. **Método:** revisión de la literatura de tipo retrospectivo y descriptivo utilizando los siguientes bases de datos: LILACS, BDEF, entre 1998 y 2009. **Resultados:** Hubo un pequeño número de publicaciones relativas al registro de enfermería como una forma de generar consecuencias para la atención a los pacientes con DM. Hay un enfoque demasiado directivo a la importancia del registro, porque refleja el trabajo realizado por los enfermeros y que todavía deben ser preparados con calidad para ser usado por un equipo de medios de comunicación y utilizar como apoyo en los procedimientos judiciales. **Conclusión:** Los esfuerzos para aumentar la conciencia de que el equipo tiene que ocurrir para que todos los cuidados de enfermería es de hecho registradas, que pueden contribuir a la evaluación de la atención y la eficacia de las intervenciones terapéuticas que refleja las mejoras en la calidad de vida de los pacientes con DM. **Descritores:** Diabetes mellitus, Enfermería, Procesos de enfermería, Registros de enfermería.

¹ Enfermeira. Residente em Clínica e Cirurgia Geral do Hospital da Lagoa/UNIRIO. Pós-Graduada em Enfermagem em Terapia Intensiva/UERJ. E-mail: luramosp@hotmail.com. ² Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do DEF/EEAP/UNIRIO. ³ Enfermeira Estomaterapeuta TISOBEST da Clínica Video-Endo, Mestre em Enfermagem Assistencial pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento de graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença¹.

No início a doença é invisível, silenciosa, sem sinal/sintoma no corpo. Mas, muitas vezes, há presença de ansiedade, distúrbios de personalidade e depressão nos portadores de diabetes.

Com o aumento do número de portadores de DM, também aumentaram as complicações crônicas do diabetes, a insuficiência vascular periférica, a neuropatia periférica e a autonômica, associadas às infecções. Essas complicações são precursoras de eventos ulcerativos, dificultando a manutenção da integridade cutânea e representam fatores que certamente favorecem a instalação e o desenvolvimento de enfermidades do tegumento².

As úlceras cutâneas decorrentes de alterações propiciadas pelo DM necessitam de tratamento demandando avaliações sistemáticas para melhorar qualidade da assistência. Como auxílio ao cuidado contínuo de enfermagem, o registro da evolução das lesões do portador de DM fornece subsídios para o planejamento da assistência, execução dos cuidados e avaliação da assistência prestada.

A realização do registro valoriza e propicia comunicação, participação e conhecimento aprofundados do paciente, o que possibilita um cuidado planejado e individual, mas sem rigidez e

mecanicidade das ações melhorando conseqüentemente a qualidade da assistência³.

Em nossa experiência de cuidar, verificamos que os enfermeiros realizam cuidados aos clientes internados, mas não registram as ações executadas sejam de diagnóstico, intervenção ou avaliação.

A inexistência desses registros fere o processo de enfermagem, cujas fases se dividem em histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico⁴ ou em investigação, diagnóstico, planejamento, avaliação e implementação⁵. O registro de enfermagem se insere em todas as fases, com grande ênfase no histórico, diagnóstico, plano de cuidados e evolução.

Se os enfermeiros, ao cuidarem dos pacientes portadores de lesões cutâneas geradas pelo quadro de DM, não registrarem informações acerca do cuidado prestado como aplicarão as fases do processo de enfermagem?

Essa preocupação existe por comungar com a idéia de Bittar et al (2006). Para os autores o registro da evolução das lesões cutâneas melhora a prática de enfermagem, pois permite a aplicação de um modelo de assistência que possua informações básicas, possibilitando uma melhor assistência prestada durante o tratamento, além de estratégias que possam ser mais úteis para o paciente e permitir o auxílio de outros profissionais, promovendo uma assistência integral e qualificada.

A partir dessas considerações nosso interesse é a produção científica acerca da temática em periódicos e dissertações. Assim estabeleço como **questão norteadora**: Considerando o cuidado de enfermagem ao

paciente portador de Diabetes Mellitus, o que há de produção científica sobre registro de enfermagem, em uma base de dados eletrônica?

O **objeto** desse estudo é registro de enfermagem sobre o cuidado prestado ao paciente portador de DM.

Para responder as questões norteadoras acima, os **objetivos** definidos são:

- Identificar produções científicas dos registros de enfermagem acerca do cuidado prestado ao portador de Diabetes Mellitus.
- Verificar as implicações do registro de enfermagem para o cuidado prestado ao paciente portador de Diabetes Mellitus.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica do tipo descritivo e retrospectivo. Para identificar os artigos a serem analisados foram acessadas as bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF(Banco de Dados de Enfermagem), inseridas na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Primeiramente foram selecionados quatro descritores a serem analisados: Diabetes Mellitus, Enfermagem e Processo de Enfermagem, Registro de Enfermagem. O recorte temporal compreende os anos de 1998 até 2009.

Ao realizar a busca no LILACS, associaram-se os descritores Enfermagem e Processo de Enfermagem, sendo encontrados trezentos e cinquenta e sete artigos, após esta busca, devido ao grande número incluiu-se o descritor Registro

de Enfermagem, para refinamento dos artigos,obtendo quatorze artigos, sendo apenas seis foram selecionados.

A análise dos seis artigos foi realizada por meio de leitura reflexiva e crítica, para compreensão dos conteúdos por comparação, diferenciação e julgamento das idéias contidas nos textos. Após essa análise, apenas um artigo atendeu a questão norteadora e os objetivos deste estudo.

O mesmo processo ocorreu, utilizando os mesmos descritores e refinamento, na base de dados BDENF, onde foram encontrados duzentos e oitenta e dois artigos. Foram selecionados nove artigos, que após leitura e análise dos resumos excluíram-se sete artigos.

Nova busca foi realizada utilizando-se associação dos descritores Enfermagem e Registro. Na base de dados LILACS houve cento e trinta e cinco artigos. Após análise dos resumos dos artigos, vinte e três foram selecionados sendo que apenas nove responderam à fase exploratória.

Na base de dados BDENF, cento e trinta e dois artigos foram encontrados. Após análise dos resumos dos artigos, oito foram selecionados, sendo excluídos por não responderem a questão norteadora e os objetivos do trabalho.

Ao pesquisar com descritor Diabetes Mellitus no LILACS, identificaram-se três mil quatrocentos e quarenta e sete artigos. Por ser um número elevado de artigos, refinou-se com a inclusão do descritor - Enfermagem, obtendo-se cento e vinte e oito artigos. Desses, apenas um se incluía nos critérios estabelecidos. Na base de dados BDENF, houve cento e trinta e sete artigos que após refinar com o descritor- Enfermagem restaram sessenta e oito artigos. Após análise dos

resumos dos artigos, um artigo foi selecionado, mas nenhum respondeu a questão norteadora e objetivos do trabalho.

Após essas buscas descritas anteriormente, verificou-se a presença de mil e noventa e sete artigos nas bases de dados LILACS e BDEF, sendo selecionados cinquenta e um artigos. Após análise e leitura dos textos, selecionaram-se quinze artigos, mas destes dois artigos eram repetidos, restando, assim treze artigos para análise dos textos completos.

É importante destacar que o levantamento realizado nos bancos de dados LILACS e BDEF foram selecionados 12 estudos, apenas 6 possuíam texto completo referentes à temática em questão.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo apresenta a discussão da categoria denominada de “A Sistematização do Registro de Enfermagem gera implicações para o cuidado ao paciente portador de Diabetes Mellitus”.

Ao analisar os artigos que abordavam o DM, foi verificado que se caracterizava por uma síndrome clínica heterogênea caracterizada por anormalidades endócrino-metabólicas que alteram a homeostase da glicemia. As anormalidades endócrinas têm como elemento fundamental uma deficiência insulínica absoluta ou relativa, que se manifesta por deficiente função secretora de insulina do pâncreas e/ou por ação deficiente da insulina nos tecidos-alvos⁷.

Azevedo (2001) afirma que o DM é um problema de saúde mundial afetando países em todos os estágios de desenvolvimento. Como problema de saúde coletiva, sua resolução vai

além do tratamento médico chegando a medidas de educação em saúde que visem a prevenção do desencadeamento da doença e das manifestações crônicas dessa doença, através do seu tratamento adequado.

Ao explorar referências sobre o assunto estudado, também se evidenciou o registro como uma forma de se aplicar o Processo de Enfermagem, e posteriormente realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Sendo esta um modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, que possibilita dar caráter científico a prática profissional.

A SAE é um método específico da aplicabilidade do ato de cuidar, por permitir uma abordagem científica do mesmo sendo um importante recurso para assegurar a qualidade de atendimento ao cliente³.

A SAE permite o controle de qualidade das ações executadas pela enfermagem, podendo ser verificada por meio de auditoria, que avalia a qualidade da assistência, o planejamento e implementação do cuidado, por meio de documentação das ações de enfermagem e de seus resultados registrados³.

A SAE tem sido alvo de trabalhos acadêmicos e de experiências práticas em algumas instituições. A sistematização visa à eficácia da assistência, ampliação e definição do espaço da enfermagem na equipe de saúde. Além de avaliar as condutas estabelecidas, detecta os pontos vulneráveis das ações realizadas, possibilitando também a construção de indicadores, que permitem a visualização do resultado da aplicação da SAE.

Assim pode-se considerar a SAE como um instrumento de comunicação de informações relevantes e pertinentes sobre os cuidados de enfermagem e o paciente. Está envolvida em todas as ações do enfermeiro, permitindo um trabalho direcionado às necessidades individuais do paciente, além de um importante meio para direcionar e avaliar a assistência realizada.

A SAE é uma atividade privativa e prioritária do enfermeiro. Utiliza o conhecimento científico para identificar as situações de saúde/doença e elaborar ações de assistência de enfermagem. Para a implantação e operacionalização do cuidar o enfermeiro usa o método da SAE. Esta sistematização possibilita que os enfermeiros identifiquem a presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes possibilitando a elaboração de diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas⁸.

A enfermeira assiste os pacientes, estabelecendo propostas de cuidar segundo às necessidades deles, com vistas à promoção do autocuidado e a adesão ao tratamento. Para tal, exige-se adoção de sistematização que garanta assistência de enfermagem de qualidade⁷.

Para a implementação da SAE, utiliza-se o Processo de Enfermagem (PE) como fundamento teórico de sua assistência, objetivando solucionar problemas com base no método científico. Ou seja, descrever, explicar e predizer, com a finalidade de validar a prática de enfermagem. Para execução do PE há necessidade de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais dos enfermeiros, para a execução do PE⁹.

O PE apresenta-se como a dinâmica de

ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistir ao ser humano, caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases, sendo composto de seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. Essas etapas quando executadas possibilitam a aplicação da SAE⁹.

O conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz⁸.

Os diagnósticos de enfermagem são essenciais para a melhoria da assistência de enfermagem, facilitando o planejamento da mesma, com maior rapidez e melhor acesso ao planejamento dos cuidados, além de priorizar intervenções e direcionar avaliação da situação do paciente⁷.

O desenvolvimento das fases do PE deve ser documentado no prontuário do paciente, salientando-se que essa atividade permite a todos os membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações e resultados obtidos com os cuidados prestados ao paciente⁷.

Como método de trabalho constitui-se por etapas que permitem à enfermeira (o) melhor organização e coordenação das atividades de enfermagem. O registro das etapas tem grande importância no desenvolvimento da SAE, pois favorece o controle de qualidade da assistência¹⁰.

Todas as fases do processo de enfermagem devem ser documentadas através do registro de dados nos prontuários. Este pode ser definido como documento único, que concentra todas as informações relativas à saúde de cada cliente,

evidenciando as alterações e demonstrando a sua evolução durante todo o período do cuidado de enfermagem¹¹.

Essas autoras ainda destacam o prontuário como um dos importantes instrumentos na atenção à saúde, pois proporcionam um registro documentado do processo de tomada de decisão. Os registros de informação e os planos relacionados com os problemas identificados pelos enfermeiros devem focalizar o cliente (o que não parece ocorrer) e ser dispostos de modo a compor um "sistema lógico" de desenvolvimento. O prontuário pode ser utilizado para várias finalidades: acompanhamento sistematizado do cliente, avaliação da assistência, auditoria, fonte de informação para coleta de dados para estudos e pesquisas.

A documentação das ocorrências com o paciente, ações executadas, problemas potenciais e reais, além de práticas implementadas favorecem ao cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado, além de permitir a realização de uma prática científica emancipada da forma mecânica da assistência prestada.

As implicações do registro de enfermagem para o cuidado

As anotações de enfermagem são consideradas um importante meio de comunicação dentro da equipe de saúde, sobretudo quando valorizadas e realizadas com um determinado padrão de qualidade, ou seja, quando a assistência prestada ao paciente é registrada tal qual, como ocorreu, permitindo uma visão não generalizada e sim global do paciente¹².

As anotações de qualidade permitem a elaboração de uma evolução e prescrição, além de assegurar a continuidade da assistência, permite a identificação das alterações do paciente, facilitando a detecção precoce de possíveis complicações, avaliação dos cuidados elaborados e prescritos, com posterior análise dos resultados esperados.

O registro permite o planejamento da assistência quando está fundamentado em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado. A escrita tem que ser legível, com estilo claro e conciso, sendo úteis e compreensíveis para quem os recebem além de ser adequada a sua realidade local. Devem ser assinados, bem armazenados, pois estes além de fornecer informações, asseguram comunicação entre os membros de equipe de saúde e continuidade das informações⁸.

A necessidade de a enfermeira elaborar condutas bem claras para poder adaptar modalidades de escrita, que manifestem por um lado a realidade de sua ação e por outro, mostrar a estratégia de relação que existe entre a realização do cuidado e a elaboração dos registros¹³.

A escrita reflexiva pode ser um instrumento de "luta" contra a rotina, sempre que esta for desnecessária e contribuir apenas para a desumanização da assistência de enfermagem. Essa reflexão da forma que é realizado o cuidado, sobre quem é cuidado, possibilita a reflexão sobre todas as implicações desse cuidado. Permitindo o desenvolvimento de uma consciência crítica, podendo transformar o cuidado rotineiro, em cuidado individualizado¹⁴.

As ações de cuidado estão muito relacionadas com as prescrições médicas, que são criteriosamente seguidas e registradas. O mesmo não foi observado com a prescrição de enfermagem. Infelizmente, pode ser observado um registro mecânico decorrentes de rotinas e técnicas, restringindo-se apenas a patologia e a prescrição médica¹⁵.

Não foram verificados, em nenhum momento em seu estudo relatos que contemplassem o atendimento de necessidades psicossociais e espirituais, gerando assim, uma negação ao ser holístico. Inferem, ainda, que os cuidados relativos à área social e espiritual foram implementados, mas não valorizados a ponto de ser registrados¹⁵.

A maioria das prescrições de enfermagem estava parcialmente completa por ausência de registros quanto à ação, condição, frequência, assinatura e/ou data¹⁰.

Os registros de enfermagem seguiam um modelo assistencial biomédico, além da presença de registros factuais, aleatórios, redundantes, subjetivos, incorretos e desprovidos de qualquer sistemática que pudesse subsidiar o planejamento dos cuidados de enfermagem¹⁰.

Um bom resultado foi encontrado em uma pesquisa em hospitais de ensino e universitários em que atividades eram desenvolvidas baseadas nos referenciais de Horta Orem. Eles puderam demonstrar que houve um avanço na qualidade representado pelo início do registro dos diagnósticos de enfermagem, de prioridades e de resultados esperados e identificação dos executores das atividades de enfermagem nos prontuários eram completas¹⁰.

A existência dos registros de enfermagem nos prontuários permitiu a identificação de diagnósticos de enfermagem em clientes portadores de DM do Hospital Universitário Antônio Pedro. Os mais frequentes e com percentil acima de 60 foram: “dor crônica” (83%); “risco para trauma” (68%); “distúrbio no padrão do sono” (60%); “risco para controle ineficaz no regime terapêutico” (45%); “controle ineficaz do regime terapêutico” (43%); “nutrição alterada mais que as necessidades corporais” (38%); “dentição alterada” (38%); “mobilidade física prejudicada” (33%); “padrão de sexualidade alterado” (30%); “integralidade de pele prejudicada” (30%); “ansiedade” (30%); “intolerância a atividade física” (28%); “constipação” (28%); “enfrentamento individual ineficaz” (23%); “eliminação urinária alterada” (20%); “déficit de atividade lazer” (18%); e “excesso de volume de líquidos” (15%)⁷.

Todavia, o mesmo não ocorreu no estudo realizado nos Hospitais onde a assistência era realizada baseada no modelo biomédico, não havia identificação das atividades independentes de enfermagem e anotações de enfermagem em prontuários eram incompletas.

Em outro estudo, realizado das 74 enfermeiras pesquisadas, 11,3% apontaram dificuldade com o histórico de enfermagem, dando como maior justificativa o excesso de tempo gasto para seu preenchimento, o que causou uma baixa qualidade dos registros⁸.

O registro sistemático das atividades executadas pelo profissional pode resultar, por um lado, em uma visibilidade e reconhecimento profissional além de permitir avaliação de sua prática de forma adequada.

Pinto LRC, Tonini T, Périssé VLD.

Nursing report on the...

As anotações de toda a equipe de enfermagem foram um dos componentes da SAE realizados com maior frequência em todas as unidades de internação avaliadas. Foram identificadas em todos os 45 prontuários estudados (100%) da Cardiologia e da Neurocirurgia e em 43 (95,6%) daqueles referentes à unidade de Doenças Infecto-Parasitárias no Adulto⁸.

No Hospital Universitário Antônio Pedro a documentação das atividades realizadas, por meio do registro no impresso de coleta do histórico de enfermagem, que constavam todas as informações colhidas durante a realização da entrevista e exame físico; folha de evolução, para registro da prescrição de cuidados e evolução de enfermagem, além de fichas individualizadas para registro resumido da consulta realizada. A autora afirma que para realizar a sistematização da consulta do cliente portador de DM é necessária contemplação de todas as etapas da SAE, para melhora da qualidade da assistência prestada⁷.

A assistência prestada pelo profissional de enfermagem é muito ampla, possibilitando em sua prática a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos que necessitam de planejamento e organização por meio dos registros, para posterior execução dos cuidados e avaliação da qualidade da assistência.

A documentação representada pelos registros ou as anotações de enfermagem, constituem um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o paciente, facilitando a coordenação e continuidade do planejamento de saúde, evitando omissões e repetições desnecessárias no tratamento. Assim, a comunicação escrita documenta, de modo

permanente, no prontuário, informações relevantes sobre os cuidados prestados ao paciente, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de mantê-lo atualizado⁹.

Para ocorrer uma utilização racional e eficiente da informação é necessário o desenvolvimento de Sistemas de Informação (SI) eficientes que permitam a maximização da gestão dos serviços. Em seu estudo propõem um SI em formato eletrônico assegurando a possibilidade de obter informações úteis e necessárias às diversas funções dos profissionais de saúde e aos diferentes níveis da instituição¹⁶.

É essencial definir SI, que constituam estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que a desejam utilizá-la. Há necessidade de evitar que os dados compartilhados entre os profissionais não se transformem em informação, por falta de integridade referencial, por duplicação, por pouca confiabilidade e credibilidade, por falta de interatividade entre os diversos SI¹⁶.

O uso tecnologia, por meio da informática como uma revolução no processo do cuidado, incluindo o cuidado prestado como forma de registro, no prontuário do paciente¹². Auxiliando desde a coleta de dados até a avaliação de cuidados prestados, incluindo toda documentação gerada no período.

Os recursos oriundos desta tecnologia são de grande valia para a enfermagem quando aplicados, tanto no gerenciamento dos serviços de atendimento à saúde, ou seja, hospitais, unidades básicas de saúde e afins, quanto no apoio ao profissional nas atividades de assistência ao paciente¹⁷.

O prontuário eletrônico pode propiciar aos profissionais de saúde maior tempo de contato com os pacientes na prestação da assistência, pelo menor tempo gasto com o registro além de fornecer dados para gerenciar os custos diretos e indiretos dos pacientes¹².

Os registros de enfermagem são o único meio de demonstrar o trabalho executado pelo pessoal de enfermagem, reflexo da eficiência e eficácia dos cuidados oferecidos ao paciente⁹. O registro é um espelho da qualidade da assistência prestada e complementa afirmando que se forem bem feitos dispensam repetições de perguntas ao paciente¹⁷.

A anotação necessita ser exata, completa, concisa e legível, com uma possibilidade de sistematizar o conhecimento. Sua omissão é tão grave quanto sua elaboração de forma incorreta. O registro é parte do cuidado, sendo um aspecto muito importante, a necessidade de elaboração de um registro adequado. Uma anotação, mal feita, confusa, incompleta pode provocar o entendimento que houve falta de profissionalismo nas atitudes ou na assistência prestada¹⁷.

Enfoca também a questão ética relacionada ao registro, enfocando que a legislação do exercício de enfermagem não define como devem ser realizadas as anotações, os critérios de elaboração das mesmas, as circunstâncias e a frequência com que ela deve ser feita.

De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem, a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano atuando na promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

A execução da atividade de enfermagem com negligência, imperícia e imprudência podem causar danos aos pacientes, ficando o profissional obrigado a repará-la¹⁷.

Os profissionais de enfermagem devem executar um cuidado ótimo e contínuo, que necessita de um consentimento prévio por escrito e explicações para procedimentos de risco. A execução da prática de enfermagem necessita de muita responsabilidade, e dependendo dos resultados, pode levar a disputas administrativas justificadas ou injustificadas, disciplinar, civil e penal, quando se suspeite conduta omissão, descuido, negligência, imperícia, erro e imprudência¹⁸.

Outra conduta da ética profissional inadequada se constitui como falsidade ideológica, ocorre quando os profissionais registram ou mandam registrar no prontuário informações falsas ou diferentes das que deviam constar, alterando assim as verdades sobre os fatos¹⁷.

Os registros de enfermagem são importantes para verificar e acompanhar o progresso do paciente, para servir como prova de atendimento ao mesmo e cumprir exigências legais. Mas muitas vezes as anotações dizem respeito ao cumprimento da terapia médica e às técnicas gerais de enfermagem, quando na verdade deveriam conter também a resposta do paciente aos objetivos das intervenções de enfermagem¹⁰.

Quando não há registro de enfermagem que retrate as atividades realizadas, grande parte do trabalho e esforço despedido encontra-se invisíveis, como se nunca houvessem sido feitos, desse modo o trabalho não registrado não pode ser contabilizado e conseqüentemente não terá justo

reconhecimento nem será corretamente valorizado. Oguisso (2003) também enfoca no estudo que os pacientes querem saber se os cuidados prestados pelos enfermeiros são os que eles realmente têm direito. Para tal o registro deve ser acurado, incluindo todo tratamento, planejamento e prestação de cuidados¹⁷.

As anotações de enfermagem não atendem as necessidades apresentadas pelos pacientes, tornando os registros de enfermagem documentos técnicos e legais frágeis no âmbito ético e jurídico, sendo este aspecto preocupante quanto a qualidade do conteúdo se for necessário sua utilização na justiça. Além disso, prejudica a possibilidade ensino, pesquisa e realização de auditorias¹⁰.

Atualmente está sendo muito comum, processos judiciais por suspeita de má prática profissional, o que acarreta prejuízos ao paciente como lesão ou morte do mesmo. O registro completo de forma clara, verdadeira e objetiva das condições de saúde do paciente, os procedimentos realizados, faz com que o profissional de enfermagem esteja devidamente documentado para posteriores comparações, elaboração de estatísticas. Podendo ser utilizado como proteção numa investigação judicial¹⁸.

O registro é indiscutivelmente importante dentro de um processo quando se está discutindo a idoneidade de um ato de enfermagem. Não somente ajudam a investigação de um processo para provar sua inimizabilidade em um caso de onde o profissional seja acusado¹⁰. Os registros perante a justiça constituem a base da credibilidade profissional do enfermeiro¹⁷.

Há necessidade de esforço contínuo, conjunto e a cooperação entre os profissionais de

enfermagem para educação contínua em direito sanitário que estimule a compartilhar conhecimentos experiências, qualidades e recursos.

A escrita pode ser ampliada, quando ocorre uma maior habilidade para a execução do registro do cuidado. Neste sentido, consideram que o aprimoramento dos registros realizados na prática de enfermagem se faz necessário, e as enfermeiras devem ser incentivadas a reverem os próprios registros, refletindo e sobre os mesmos e analisando quanto esse registro reflete em sua prática. Introduzindo a escrita como forma complementar da oralidade do cuidado, possibilitando assim a fundamentação científica da prática de enfermagem¹⁴.

O uso da documentação clara auxilia na individualização do cuidado. Complementa afirmando que sempre que a realidade não for captada e houver dúvida sobre a mensagem, o cuidado fica no plano da invisibilidade¹⁵.

Uma situação ideal de registro ocorre, quando depois do cuidado e a situação do individuo foco deste cuidado estão documentadas em sua totalidade, e ficam disponíveis para serem olhadas novamente. Acreditam que os serviços de educação continuada, assim como as escolas de enfermagem devem buscar estas técnicas e utilizá-las para o desenvolvimento da habilidade de registrar o cuidado. Enquanto as enfermeiras e a equipe de enfermagem não valorizarem o registro da prática e não se conscientizarem da necessidade de transformação do cuidado rotineiro em cuidado individualizado, a mudança não ocorrerá¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da avaliação dos dados na discussão de resultados, pude observar que os registros de enfermagem proporcionaram várias implicações: para o cuidado, há necessidades primeiramente de capacitação dos enfermeiros quanto à SAE e aplicação do Processo de Enfermagem a partir do teórico escolhido para metodologia da assistencial. Portanto ela ultrapassa a questão da habilidade técnica, necessitando a competência de comunicação de atitude, atenção à saúde, de gerência, conforme estabelece as diretrizes curriculares para formação de enfermagem.

Outra implicação que cabe ressaltar é a prática do cuidar como meio de comunicação importante para a tomada de decisão e qualidade do processo de cuidar de enfermagem. Os problemas e necessidades identificadas permitem conclusões diagnósticas, prescrições do cuidado, possibilitando a continuidade do trabalho e documentação da assistência de enfermagem prestada.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, pois pude identificar a existência de produção científica relacionadas à registros de enfermagem e suas implicações acerca do cuidado prestado ao portador de Diabetes Mellitus.

Após explorar referências sobre o assunto, foi observado um quantitativo pequeno de estudos quando comparados a proporção na qual a pesquisa de enfermagem vem assumindo no campo científico. Houve um número limitado de produção científica sobre o assunto entre os anos de 1998 e 2009 nas bases de dados LILACS E BEDENF.

Percebemos que a maioria dos estudos tratou sobre a qualidade do registro a ser alcançada. Enfatizam a importância de registrar a assistência prestada como reflexo à qualidade do cuidado ao paciente. Outro enfoque muito importante é a individualidade do cuidado refletida nos registros das enfermeiras que excluem a forma mecânica, devendo-se primar pelo conteúdo substancial.

Esse conteúdo deve conter informações de cunho biomédico, semiológicos e de semiotécnicas de Enfermagem.

Observou-se que muitos artigos afirmam que a partir dos registros, é possível detectar falha na assistência. Alguns autores sinalizam problemas, como baixa qualidade do que é documentado e sugerem a urgente mudança dos registros de enfermagem.

Outros autores abordaram o registro sob os aspectos legais, civis e penais, no que diz respeito à questão da responsabilidade profissional. Os profissionais de enfermagem devem estar cientes que os registros são elementos que podem ajudar na investigação de um processo judicial, devendo ser claro, simples e conciso, tornando-os úteis e compreensível, adequados para o seu propósito.

Quando registra, o enfermeiro cumpre os preceitos éticos legais da profissão, ao documentar informações nos registros fielmente à prática executada, resguardando-se quando um dano ocorrer no paciente decorrente dos atos de imperícia, negligência e imprudência de outrem. Uma anotação, mal feita, confusa, incompleta pode provocar o entendimento que houve falta de profissionalismo nas atitudes ou na assistência prestada.

Normas, rotinas, protocolos de atendimento devem ser regulamentados pela instituição, com o objetivo de permitir que o serviço de enfermagem atenda as expectativas dos pacientes. Quando há falhas na elaboração dos registros, não é possível manter um padrão de qualidade, pois não há como mensurá-los.

Com o avanço tecnológico, a globalização propiciou a elaboração de uma forma de melhorar o registro, documentação e comunicação das atividades exercidas pelos enfermeiros, acarretando uma mudança dos profissionais no ambiente de trabalho, determinando uma nova postura profissional. Mais do que conhecimento, ele precisa de atualização constante, por meio da sua educação permanente e a utilização da informática como uma ferramenta imprescindível para facilitar esta aprendizagem.

Para atingir essa consciência requer o esforço conjunto e de cooperação entre profissionais de enfermagem e a educação contínua, incentivando boas experiências, e excelente padrão de qualidade, além de possibilitar realizações de registros executados com padrões elevados, seja realizado de forma manual/escrita ou em meio eletrônico.

Cabe ao responsável pelo serviço de enfermagem propiciar ações educativas, que permitam a conscientização da equipe, como forma de garantir que todos os procedimentos e ações realizados sejam efetivamente registrados.

Outro fator essencial do registro vincula-se à realização de auditorias, além de atender aos propósitos legais, também servirá como fomento para pesquisa. Cabe ressaltar que uma comunicação efetiva, além de propiciar continuidade do cuidado, também é uma forma de

proteger a equipe, reforçando o profissionalismo e cientificidade no exercício da enfermagem.

Assim, este estudo contribuiu para que os profissionais e acadêmicos de saúde possam compreender que o processo de comunicação escrita é uma estratégia fundamental, que possibilita ao enfermeiro desempenhar uma gerência inovadora, além de garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, compartilhando decisões relativas à prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 2.583. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus, Brasília, DF, 10 de outubro de 2007.
2. Grossi, SAA. Prevenção de úlceras nos membros inferiores em pacientes com diabetes mellitus. Rev. ESE. Enf. USP, v.32, 11.4, p.377-85, dez. 1998.
3. Cianciarullo, TI et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 3.ed. São Paulo:Ícone, 2001.
4. Horta, WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
6. Bittar, BB et. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v.15, n.4, out./dez, 2006.

Pinto LRC, Tonini T, Périssé VLD.

Nursing report on the...

7. Azevedo, SL. Diagnóstico de enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético.

2001. 208f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro [2001].

8. Reppetto MA, SOUZA, MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm. V.58 n.3, maio/jun 2005.

9. Ochoa-Vigo, K; Pace, A E; Santos, CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Ribeirão Preto Rev. Latino-Am. Enfermagem v.11 n.2 Mar./Apr. 2003.

10. D'innocenzo, M, Adami, NP. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. Acta Paulista de Enfermagem v.17 n.4, out/dez 2004.

11. Roque, KE, Melo, E C P e Tonini, T. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. Esc. Anna Nery, set 2007, vol.11, no.3, p.409-416.

12. Carrijo, AR, Oguisso, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005) Rev. Latino- Am. Enfermagem vol.11 n.5 Ribeirão Preto Mar/Abr. 2003.

13. Cañete, M. El registro de enfermería: debería hablar por si solo. Rev. Enferm. Actual v.1 n.1 Rio de Janeiro Mar. 2005

14. Silva, MJP, dias, DC. O registro da prática de enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado São Paulo. Nursing, v.2, n.11, 1999.

15. Fernandes, MGM, assis, JF, barreto, EF. Registro das ações de cuidado no contexto da

enfermagem clínica: análise do conteúdo. São Paulo. Nursing. v.4 n.37, jun. 2001.

16. Sousa PAF, frade MHLBC, mendonça DMMV. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi Acta Paul Enferm. 2005;18(4):368-81

17. Oguisso, T. Dimensões ético-legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente. Rev. Paulista de Enfermagem, v.22, n.3, set/dez. 2003.

18. Sandi, GF. Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. Med. leg. Costa Rica v.20 n.1 Heredia mar. 2003.

Recebido em: 12/03/2010

Aprovado em: 06/05/2010

Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. abr/jun. 2(2):848-860