

RELATÓRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

QUALIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS A FERIDAS

2018

Relatório do Projeto de intervenção

Registos de Enfermagem sobre feridas: do texto livre aos conteúdos parametrizados

Autor:

Fernando Araújo

Enfermeiro Coordenador Clínica Lusíadas Gaia

2018

RESUMO

O presente projeto de investigação insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e o tema abordado é “O impacto do registo digital com campos pré-definidos na qualidade dos registos de enfermagem no tratamento de feridas”.

O objetivo deste trabalho é avaliar a alteração da documentação dos dados relativos ao tratamento de feridas após a implementação de um sistema de informação estruturado com campos parametrizados e comparar o rigor dos registos entre este e a forma de registar em texto livre, no tratamento de feridas cirúrgicas.

A adoção de sistemas eletrónicos para registos de enfermagem no tratamento de feridas apesar de evidenciar algumas lacunas, permite obter registos mais completos do que com o uso do texto livre pelo que preconiza-se não só a sua implementação mas também a análise com vista ao desenvolvimento e aperfeiçoamento deste tipo de Sistemas de Informação.

Palavras-chave: Registos de enfermagem, ferida cirúrgica, registos eletrónicos, texto livre.

PENSAMENTO

*“... A informação é a fonte da vida da promoção da qualidade.
Sem ela nada pode ser feito.”*

Donabedian

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AI - Aplicação Interna

CQUIN – Commissioning for Quality and Innovation (Serviço Nacional de Saúde – Reino Unido)

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

JCI – Joint Commission International

OE – Ordem dos Enfermeiros

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

Introdução.....	10
I – Fase Conceptual	14
1. Qualidade e registos de Enfermagem	14
1.1. Problemática em estudo	22
II – Metodologia	25
Desenho de investigação.....	25
Contexto do Estudo.....	26
População e amostra	27
Instrumento de recolha de dados	27
Tratamento estatístico	28
Considerações éticas	28
2. Resultados.....	29
2.1. Caracterização da amostra de 2010	29
2.2. Dados documentados em 2010	30
2.3. Caracterização da amostra de 2012	31
2.4. Dados documentados em 2012	32
2.5. Dados comparados – 2010 e 2012	32
3. Discussão dos Resultados	34
Conclusão	38
Referências bibliograficas	41
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho de Investigação	26
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequências relativas dos dados documentados em 2010 (n=50).....	30
Gráfico 2 - Frequências relativas dos dados documentados em 2012 (n=50).....	32
Gráfico 3 - Número total de dados documentados em 2010 e 2012.....	33
Gráfico 4 - Frequências relativas dos dados documentados em 2010 e 2012.....	34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra referente a 2010 (n=50).....	29
Tabela 2 - Caracterização da amostra referente a 2012 (n=50).....	31
Tabela 3 - Frequências dos dados documentados na avaliação da ferida em 2010 e 2012 e correlação estatística (n=50).....	35

Introdução

É do consenso geral a importância da produção de informação sobre os procedimentos nas várias atividades laborais, assim como a sua preservação para que possa ser consultada sempre que necessário, na atualidade considera-se boa prática esta consulta possibilitar a emissão de informação resumida, informação que seja efetivamente relevante, facilitando quer a sua leitura quer a sua objetividade.

No caso das profissões ligadas à saúde, atendendo ao carácter sensível que as questões da vida humana implicam, a disponibilidade da informação sobre os cuidados que se realizam aos clientes é de especial importância para a componente assistencial e para a continuidade dos cuidados.

Em saúde a produção de informação relevante está não só associada à qualidade dos cuidados prestados assim como à segurança, dos clientes e dos profissionais. Além do histórico em termos de antecedentes pessoais e cuidados de saúde prestados, permite a continuidade dos cuidados com a consciência dos riscos e das expectativas inerentes em cada caso.

São frequentes as referências escritas que dão conta de uma tradicional falta de estrutura e conteúdo nos registos dos vários grupos profissionais, habitualmente mais focalizados na prestação dos cuidados, atribuindo-se à falta de tempo, “precioso”, que os registos implicam e que atrasam o atendimento das habituais extensas listas de clientes; equipas reduzidas, falta de orientação por elementos mais experientes e a cultura de tradição oral, nomeadamente na enfermagem, são também razões apontadas em vários estudos sobre qualidade dos registos de enfermagem (Hesbeen, 2011; Jefferies, et al., 2010; Gartlan, et al., 2010; Ding, 2016; Muller-Sloof, McKenzie, 2017).

Os recursos atualmente disponíveis, como as ferramentas digitais, são efetivamente a melhor forma até hoje conseguida de preservar e consultar a informação guardada. No entanto, só por si não dispensam a consciencialização da importância dos conteúdos e terminologia, que deve ser o mais comum possível em situações iguais, a incluir numa informação sobre cuidados de saúde, opinião consensual entre os autores consultados; ou seja, é preciso saber não só como tratar mas também saber descrever, em suporte digital ou analógico, a avaliação do problema de saúde, os procedimentos adotados, os constrangimentos detetados e os resultados esperados; ao mesmo tempo é igualmente importante possibilitar a transmissão eficiente desta informação entre profissionais garantindo assim a adequada continuidade de cuidados.

Já com Florence Nightingale, no século XIX, se iniciaram debates não só sobre como recolher mas também como organizar a documentação de dados de saúde de uma forma sistemática e não apenas acumulativa (Pereira, 2005). Apesar de na generalidade existir sempre informação sobre os cuidados prestados, nem sempre essa informação está disponível com a objetividade necessária para proporcionar um plano de intervenção dos profissionais (Muller-Sloof e McKenzie, 2017).

A forma como a comunicação entre profissionais de saúde é produzida, é considerada uma base importante para a segurança do cliente e para a eficácia das organizações de saúde; têm sido atribuídas como causas para a ocorrência de incidentes a estes níveis, a escassez da informação que por sua vez resulta da falta de auditoria e de intervenções no sentido de garantir sistemas de comunicação adequados para os cuidados de saúde (Garling, 2008; Jefferies et al., 2010; Alvarenga, 2015).

Ao nível da *Acreditação*, sendo que os sistemas de certificação das unidades de saúde, a nível internacional, são uma prática cada vez mais implementada, especialmente em hospitais, a comunicação da informação em saúde está definida como uma das *Metas Internacionais de Segurança do Doente*, neste caso a segunda, cabendo sempre lugar nas auditorias à averiguação da evidência de procedimentos ligados à transmissão da informação entre profissionais (JCI, 2017).

Também ao nível das políticas do Ministério da Saúde, alinhado também com os sistemas de Acreditação, se assiste a uma produção de legislação que atribui importância não só às técnicas e procedimentos mas também à elaboração de registos que contribuam para evitar “ (...) um baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos.” (Despacho nº1400/MS/2015. *D.R. II Série*, Nº28 (2015-02-10), p. 3882.

Ao nível das organizações profissionais e especificamente no caso da Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE) valoriza igualmente a importância da “Informação de Enfermagem” como fundamental para a “governança na saúde” (OE, 2007, p.1), não apenas como resposta a compromissos legais e de ordem ética ou deontológica mas também por se atribuir à Informação uma importância vital para a avaliação dos clientes, continuidade dos cuidados, gestão de recursos, formação e investigação (OE, 2007).

Os profissionais e as unidades prestadoras de cuidados de saúde deparam-se então com um novo campo da práxis – a estruturação da comunicação – que, na atualidade, ainda que não exclusivamente e desde já há muito tempo, resultou no recurso às ciências da computação e desenvolvimento de formas digitais para

armazenamento e processamento da informação (McGonigle et al., 1994), levando assim ao aparecimento da temática dos Sistemas de Informação (SIE) em Saúde.

Estes SIE, como atrás se referiu, correspondem não só a repositório de informação mas também a formas de a processar; é o processamento que permite, a partir do repositório, organizar a informação para que esta se torne informação relevante e possa assim garantir a continuidade dos cuidados, sendo esta continuidade o principal objetivos dos SIE (Pereira, 2005). A função dos SIE é também obter um resumo de informação que corresponda a uma forma de conhecimento e não apenas a um repositório (OE, 2007).

Esta nova práxis levou à redefinição da própria cultura de registos, pela consciencialização dos conteúdos dos registos de enfermagem a documentar de forma a garantir a “ (...) coordenação entre os vários profissionais envolvidos na assistência ao cliente. (...) ” (Mota et al., 2017, p. 85).

As feridas, e especialmente as feridas crónicas, são um problema de saúde pública dada a sua incidência na população acarretando custos elevados inerentes ao tratamento e co morbilidades associadas; por estes motivos as feridas requerem informação específica e objetiva de forma a garantir a evidência da observação, o registo dos vários dados em cada momento de avaliação, os tratamentos efetuados e sua disponibilidade para a continuidade dos cuidados, permitindo a redefinição de procedimentos.

Segundo o The Burden of Wounds Study, no Reino Unido, entre 2012 e 2013, os custos com o tratamento de feridas, baseados nos preços praticados entre 2013 e 2014, totalizaram cerca de 5 biliões de Libras, valor correspondente aos custos com o tratamento da obesidade. No sentido de reduzir o “fardo” que este problema representa para a sociedade Britânica, o estudo aponta como componentes fundamentais, e para além da avaliação global, diagnóstico e intervenção precoce, a produção de informação consistente e completa uma vez que é na comunidade que ocorrem as situações de feridas e é a Enfermagem quem primeiro se depara com elas. (idem).

É então na forma como a informação sobre o tratamento a feridas, nomeadamente os registos de enfermagem, é documentada que este trabalho se debruça partindo de uma situação concreta de um Hospital privado do grande Porto, de cariz essencialmente cirúrgico, enquadrado no atendimento de clientes, portadores de feridas, atendidos na sua Consulta Externa; são considerados dois momentos cruciais do Serviço em termos de cultura de registos; um primeiro momento com os dados documentados de forma digital mas com recurso ao texto livre e um segundo momento em que os dados são documentados através de um SIE especificamente desenvolvido para este fim,

constituído por campos parametrizados em que a enfermagem pode optar por expressões pré-definidas.

Existem vários fatores que congregados entre si deram origem à escolha deste tema. O primeiro prende-se com necessidade de se elaborar um trabalho de investigação para completar um ciclo de estudos universitários, o segundo decorre do fato de o autor estar inserido na equipa do Hospital referido; aqui importa referir que, antes da implementação do SIE referido, a equipa foi submetida a uma intervenção formativa para a estruturação dos registos no tratamento de feridas. Posteriormente foi realizada uma auditoria aos registos, escritos em texto livre, sendo que os resultados obtidos foram considerados manifestamente insuficientes; foi então proposto o desenvolvimento de um SIE que facilitasse estes registos, e este trabalho é também uma oportunidade de avaliar esta nova forma de documentação.

Foi efetuada uma auditoria aos registos de enfermagem através de uma grelha de observação construída para este fim, demarcando-se dois períodos para comparação e que correspondem a dois sistemas de documentação de dados de enfermagem. A investigação foi realizada a partir dos registos informáticos do Hospital referido. Os resultados, sendo bastante positivos, evidenciam contudo a importância de se efetuarem auditorias frequentes aos registos de enfermagem e realçam também a importância de se refletir e aperfeiçoar este tipo de SIE.

I – Fase Conceptual

Os modelos atuais de sistemas de informação e parametrização em enfermagem advêm da crescente necessidade da implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional nas instituições de saúde. Tendo em conta a especificidade da problemática de investigação, pretendemos com este capítulo aprofundar conceitos relativos aos registos de enfermagem e a qualidade.

1. Qualidade e registos de Enfermagem

Os profissionais de saúde necessitam obrigatoriamente de comunicar entre si. Assim torna-se importante a forma como documentam o seu trabalho, nomeadamente os cuidados planeados e executados ao cliente, se essa documentação resulta em informação consistente e se garante uma efetiva comunicação entre profissionais.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008) os Registos de Enfermagem são o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, que incluem 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 dos cuidados (OE, 2008).

Esta produção de registos, segundo vários autores, implica o desenvolvimento de competências, ou melhor habilidades, não para a execução de uma técnica ou procedimento com um objetivo reparador, padrão dominante em saúde, mas para a criação de expressões escritas que resultem de um processo criativo do enfermeiro (Hesbeen, 2001; Potter & Perry, 2006; OE, 2008; Muller-Sloof, McKenzie, 2017).

Os Registos de Enfermagem podem também ser considerados um documento escrito, centrado no doente que descreve os cuidados prestados e a avaliação contínua do estado de saúde. Deve ser partilhado por outros profissionais de saúde e ser produzido de forma a responder a critérios ético/legais (Potter & Perry, 2006; OE, 2007; Jefferies et al., 2010). Deduz-se então, a pertinência da sensibilização e treino para a

escrita de registos, para que esta escrita seja “ (...) o reflexo de um certo tipo de prática.” (Hesbeen, 2001, p. 144).

Os registos clínicos, nomeadamente os registos de enfermagem têm diversos objetivos. Servem como suporte legal, meio de comunicação (coordenação dos cuidados), avaliação do resultado das intervenções e da qualidade dos cuidados prestados (Brown, 2006).

Segundo Asamani et al. (2013), os Registos de Enfermagem são mesmo uma componente central dos cuidados de enfermagem e devem ser encarados também como uma condição central na promoção da qualidade dos cuidados através da comunicação e da cooperação entre profissionais.

Os registos servem também para avaliar o desempenho das unidades prestadoras de cuidados dado que funcionam como evidencia da avaliação das necessidades individuais, dos objetivos traçados para as intervenções de enfermagem, das intervenções de enfermagem definidas para cada caso, da satisfação das necessidades dos clientes e dos objetivos que foram alcançados. A existência de registos individuais, consistentes e atualizados, promove a comunicação pertinente e efetiva entre profissionais assegurando assim a continuidade de cuidados de forma a assegurar a sua qualidade (Voutilainen et al., 2004).

Gartland et al. (2010), num estudo sobre registos de enfermagem que documentassem as notas de evolução do tratamento de feridas agudas em clientes cirúrgicos internados, revela níveis de documentação inferiores a 20% em relação a vários dados sobre feridas; revela também diferenças entre os registos médicos e os registos de enfermagem, evidenciando-se da parte da enfermagem melhores registos no que diz respeito à avaliação da ferida, e a parte médica mais focalizada nos antecedentes clínicos relevantes para a recuperação das feridas presentes.

Ding et al. (2016), num estudo sobre avaliação de feridas e documentação de enfermagem, conclui que frequentemente se verificam perdas de oportunidade de registos de dados importantes e que os dados da avaliação das feridas são inconsistentes quer estes ocorram em registo em papel ou nouro tipo de registo.

Pode-se então falar num sentimento generalizado que ao longo dos anos, em vários países se tem debruçado sobre esta problemática nomeadamente sobre aquilo que em cada contexto de trabalho se deve registar mas também sobre processos de registo que promovam a produção de informação que seja relevante para a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Vários autores dão conta das dificuldades em sensibilizar as equipas para esta problemática, dado que a arte da escrita não é assumida por todos os elementos como fazendo parte das tarefas a desempenhar (Hesbeen, 2001; Voutilainen et al., 2004; Asamani et al., 2010; Mota et al., 2014; Ding et al., 2016). Daí Hesbeen (2001, p.141) referir:

Os registos são instrumentos interessantes e surpreendentes; interessantes porque são a prova da atividade reflexiva, do desejo de organização e de profissionalização; e surpreendentes porque a sua utilização, bem como a perceção que os enfermeiros têm deles, nem sempre estão a altura das esperanças daqueles que tentam a custa de muita perseverança, implantá-los.

Na mesma direção, outros autores defendem igualmente algumas estratégias para melhoria dos registos e que passam pela adoção de instrumentos standardizados (Ehrenberg & Birgeron, 2003; Törnvall, Wahren, e Wilhelmsson, 2009; Dahlstrom, et al., 2011), pela formação dos profissionais (Dahlstrom, et al., 2011), pela implementação de documentos orientadores e pela implementação de registos eletrónicos (Gunningberg, M., & Ehrenberg, 2009; Ding et al., 2016).

Considera-se que os registos eletrónicos são mais vantajosos do que os registos escritos, por contribuírem para a clareza e objetividade das informações sobre os aspetos da ferida e evolução do tratamento da mesma (Faria & Peres, 2009). Os registos eletrónicos permitem facilmente a obtenção da “informação centrada, não na informação pela informação mas na informação para a qualidade e otimização dos processos de gestão.” (Pereira, 2006, p. 56). A OE na alínea b) do Artigo 79º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril considera que a ...” progressiva implementação da informatização nas unidades prestadoras de cuidados tem em vista a melhoria da supervisão, do

planeamento e da aplicabilidade dos cuidados às pessoas, e visa dotar os serviços e os seus profissionais de mecanismos que lhes permitam (...) analisá-los, avaliá-los e validá-los com maior rapidez e eficiência (...) não alteram a responsabilidade profissional do enfermeiro (...) deve responsabilizar-se pelas decisões que toma “ (OE, 1998). É ainda responsável por ...”assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas ...” (alínea d) do Artigo 83º do EOE) sendo para isso indispensável “ (...) a da identificação correta do autor dos cuidados nos registos de Enfermagem, quer em suporte documental quer em suporte informático (OE, 2008). Estas circunstâncias deram lugar à temática dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), ferramenta de registo que se adapta aos vários contextos de desempenho da profissão. Os SIE caracterizam-se por alguns aspetos que definem os conteúdos e o desenho da sua estrutura. Dentre estes, destacamos o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE); este conceito não só descreve as tradicionais “Notas de Enfermagem” mas também serve para definir quais os conteúdos a incluir em termos de informação relevante sobre o atendimento dos clientes, atendendo à especificidade das inúmeras situações que caracterizam o estado de saúde dos seres humanos, caracterizados por uma “linguagem classificada” (Pereira, 2006, p. 57), garantindo desta forma a qualidade na continuidade dos cuidados.

Segundo a American Nurses Association (1995), para se obter RMDE deve-se usar uma linguagem comum classificada de enfermagem através de SIE consistentes e que por sua vez estejam integrados nos sistemas de informação em Saúde. A obtenção destes RMDE está sempre dependente de uma linguagem que garanta definições e categorias uniformes dos dados afim de permitir a sua comparação e possibilitar a sua agregação, dotando-os então de consistência informativa (Werley, H. et al., 1991).

A dinâmica de um sistema de qualidade assenta em “ (...) documentar com eficácia os elementos dos sistemas que devem ser postos em prática para mantê-los eficientes e com qualidade.” (D’Innocenzo et al., 2006, p.84). Um sistema de qualidade age com uma dinâmica contínua, e nunca com uma meta objetiva definida como ponto de chegada, e incorpora “(...) várias formas de esforços contra a imperfeição, segundo as características do momento.” (Idem, p. 87).

Segundo a OE a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. É então transversal a toda a classe o dever de se definirem padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que são o seu contributo no grupo multidisciplinar que caracteriza a assistência de qualidade em saúde (OE, 2001). Os SIE, para além do que atrás foi referido, podem e devem também ser considerados como um componente central de um Sistema de Qualidade de um Serviço.

A Auditoria, na perspetiva de um Sistema de Qualidade, tem como objetivo principal “ (...) por meio da análise e verificação operativa, avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria (...). É fundamental então documentação que permita definir indicadores por cada objeto de análise (Alvarenga et al., 2015, p.9760). Uma auditoria aos Registos de Enfermagem é apontada como, se associada a iniciativas de discussão e melhoria, um caminho para o incremento da qualidade dos cuidados de saúde (Voutilainen et al., 2004).

Na senda das primeiras reflexões sobre avaliação da qualidade em saúde, inspiradas na Teoria dos Sistemas, devem ser definidos indicadores que permitam verificar até que ponto os objetivos foram alcançados (D’Innocenzo et al., 2006). Segundo Donabedian, a avaliação de um Sistema de Qualidade, deve incidir sobre três componentes – Estrutura, Processo e Resultados (Donabedian, 1978). Representam diferentes níveis de uma mesma organização mas que devem ser avaliados simultaneamente pois resultados diferentes correspondem a diferenças ao nível das estruturas e dos processos disponíveis para os produzirem. Esta tríade incluída num processo de avaliação permite “ (...) planejar intervenções que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde (...) ” (D’Innocenzo et al.,2006, p.85).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Ordem dos Enfermeiros e outros organismos nacionais e internacionais assumem a necessidade de implementar sistemas de qualidade para a Saúde. A OE considera prioritário criar sistemas de qualidade em saúde e reconhece que as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico dos respetivos mandatos sociais de cada profissão (OE, 2001).

No que concerne ao modelo de Acreditação da Join Commission International (JCI), este organiza-se segundo dois vetores principais, transversais a qualquer instituição hospitalar; segundo o Manual de Acreditação da JCI (2017), cada um destes vetores é um conjunto de padrões de desempenho das organizações hospitalares, com “elementos mensuráveis” definidos correspondendo estes a dois principais grupos - Padrões Centrados nos Doentes e Padrões Centrados na Organização (JCI, 2017). O modelo contempla ainda um conjunto de Padrões para certificação de Hospitais Escola e outros centros de formação de profissionais de saúde.

Um Padrão, segundo este modelo, é um enunciado, um manifesto, que define em linha gerais as expectativas de desempenho, estruturas ou processos que devem estar implantados para que uma instituição possa prestar cuidados de qualidade (Bispo, 2015). Relativamente aos registos clínicos, estes, de acordo com este modelo de Certificação, devem ser enquadrados segundo o “Padrão Gestão da Informação”. Este Padrão, na sua generalidade valoriza expressivamente a adoção de sistemas de gestão de informação de forma a garantir a obtenção de dados, assim como a sua análise e processamento em forma de informação integrada de forma a poder ser transmitida entre profissionais (Novo, 2013). Este Padrão obriga ainda a que sejam conceptualizados os sistemas de gestão da informação que os hospitais usam assim como devem assumir e definir quais as tecnologias de informação que garantam a eficaz gestão da informação.

É também expressamente valorizada a importância da continuidade de cuidados no incremento da qualidade de uma organização de saúde, pelo que a forma como a comunicação garante esta continuidade é um assunto central nas auditorias. Assim como para a promoção da segurança das práticas clínicas, que também passa por uniformizar certas expressões como abreviaturas, siglas e uso de códigos para identificar procedimentos ou diagnósticos (Bispo, 2015).

Nas situações em que se assistem clientes com feridas, os registos são fundamentais para ajuizar o processo de evolução cicatricial, principal objetivo no tratamento de feridas. No caso particular dos registos dos cuidados ao utente com ferida, estes assumem uma componente essencial na gestão dos cuidados, facilitando o processo de planificação dos cuidados de enfermagem e permitindo uma comunicação

eficiente entre profissionais e entre instituições (Flanagan, 1997; Dealey, C, 2006) uma boa gestão de tempo de enfermagem e uso adequado de recursos materiais disponíveis (Coleman et al., 2017). Coleman et al. (2017), alinhados com o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido através das metas enunciadas pela Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN), define um conjunto mínimo de dados necessários para garantir a qualidade do atendimento no tratamento de feridas:

Antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos

Informação básica sobre o estado das feridas

Avaliação da ferida

Sinais e sintomas associados às feridas

Avaliação clínica e exames auxiliares de diagnóstico

Esta estrutura deve servir de guia para a monitorização do estado das feridas, em cada visita do cliente, para se avaliar se o processo de cura estará a decorrer em tempo útil (Gupta et al., 2017), servindo consequentemente para orientar também a recolha de informação a registar. À semelhança de outros estudos, este último, para além de defender a produção de um conjunto mínimo de dados a incluir nos registos, aconselha alguns conteúdos obrigatoriamente incluídos numa estrutura de registos deste tipo.

Relativamente à Informação Básica das Feridas, decorrente de uma avaliação, um registo deve conter o número de feridas presentes no mesmo indivíduo, suas localizações, tipo de feridas (classificação das feridas), duração das várias feridas, o objetivo de tratamento e a data da reavaliação planeada (Scott-Thomas, Jeanette et al., 2017).

Vários autores constataam a existência de algumas barreiras à implementação de boas práticas no tratamento de feridas como a escassez de registos, avaliação inadequada do doente com ferida; uso frequente de uma nomenclatura desestruturada, coloquial e com erros ortográficos (Jefferies, Johnson e Griffiths, 2010); fatores que revelam má aplicação de boas práticas, dificuldades de comunicação e de cooperação

entre os profissionais e falta de liderança nos processos de tomada de decisão (Danielsson-Ojala, LundgrenLaine, & Salantera, 2012; Pinto & Viera, 2014). A eliminação destas barreiras resultará na redução do número de erros e na diminuição de custos. Vários estudos têm revelado que a documentação de feridas e dos cuidados prestados continuam a ser um problema (Ehrenberg & Birgersson, 2003; Carville & Smith, 2004; Saunders & Rowley, 2006; Gunningberg, M., & Ehrenberg, 2009; Törnvall, Wahren, & Wilhelmsson, 2009; Gartlan, et al., 2010; Jefferies et al., 2010; Tubaishat et al., 2015). Hess (2005) sugere que uma eficaz documentação dos registos dos cuidados de enfermagem a feridas deve englobar a criação de documentos de orientação, que permita avaliar a eficiência clínica.

Estes documentos podem incluir algoritmos e fluxogramas que assegurem a consistência do registo dos cuidados prestados e uma definição de termos a ser utilizados. Sugere também que, associado à criação destes documentos, devem ser desenvolvidos planos de formação, programas de melhoria de qualidade e programas de auditoria, uma vez que é essencial envolver os profissionais nos processos de melhoria da qualidade (Gartlan, et al., 2010).

Os registos assumem particular relevância na avaliação e monitorização de feridas, pois incluem o diagnóstico inicial da ferida, a sua evolução em resposta às intervenções de Enfermagem, e o sucesso ou o insucesso do tratamento através da análise da evolução do processo de cicatrização (Gouveia, 2009).

A OE em Outubro de 2003 inclui nas competências do enfermeiro de cuidados gerais a responsabilidade de documentar o plano de cuidados, a implementação de intervenções, avaliação e documentação da evolução, os resultados esperados e de utilizar instrumentos de avaliação adequados que possibilitem a identificação dos riscos reais e potenciais (OE, 2003).

Também os Padrões de Qualidade da OE (2001) afirmam "(...) face à organização dos cuidados de enfermagem (...) a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente (...) as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções (...)" (OE, 2001, p.15)

1.1. Problemática em estudo

A problemática em estudo resultou de uma situação concreta de um contexto de trabalho em que o investigador estava implicado como membro da equipa. Pretendeu-se dar sentido à cultura de trabalho da equipa partindo da evidência da realidade, sua análise e introduzindo medidas para incrementar a qualidade dos Registos de Enfermagem.

Numa primeira fase, no ano de 2011, foi realizado um projeto de intervenção formativa no sentido de sensibilizar a Equipa de Enfermagem da Consulta Externa para a execução de Registos de Enfermagem com o objetivo de definir quais os requisitos da observação/avaliação a registar no tratamento de feridas.

Esta intervenção decorreu manifestamente direcionada para a adoção de um “modelo de agregação de dados de enfermagem” (Pereira, 2006, p.VII) pela utilização de uma linguagem comum numa área específica, o tratamento de feridas, e visava “ (...) incorporar requisitos de disponibilidade, fiabilidade, e comparabilidade dos dados, (...) ” (idem, p.VII).

Posteriormente foi realizada uma avaliação do impacto dessa intervenção formativa na qualidade dos Registos de Enfermagem no tratamento de feridas.

Embora os registos fossem efetuados em suporte digital, estes eram contudo inseridos em texto redigido de forma livre por cada um dos elementos da Equipa de Enfermagem. Para se obterem registos de forma padronizada, estes deviam ser redigidos por todos os elementos da equipa segundo regras rígidas de composição, com recurso a um repositório de termos a utilizar e com uma sequência definida para a redação dos registos (Muller-Slof e McKenzie, 2017).

Na sequência destas condições circunscritas ao texto livre, conseguir uma “síntese informativa” (Pereira, 2006, p.70) com os requisitos que se lhes impõem estar associados, nomeadamente a facilidade na sua execução assim como na sua consulta para a continuidade dos cuidados, implicava, durante a sua redação, um esforço de consciencialização numa estrutura de registos e também o conhecimento das definições

dos dados a incluir de forma a cumprir os requisitos para a obtenção de um RMDE, o que se previa à partida vir a ter fortes probabilidades de falhas.

Se bem que se possa falar em melhoria de qualidade, os resultados não deixaram contudo de revelar níveis de registos inferiores aos registos referidos por outros autores que se utilizam neste trabalho.

Posteriormente a isto, numa fase em que o Hospital referido encetou o processo de preparação para a sua candidatura segundo o modelo de Certificação da Joint Commission International (JCI), foi desenvolvido um Sistema de Informação, digital, denominado AI (Aplicação Interna), com uma estrutura básica dirigida à Enfermagem e a Clínicos para o atendimento nas áreas de Ambulatório ainda que parametrizada para as áreas de Internamento (nestas últimas só para registos clínicos); neste Sistema foi incluída uma base de registos exclusiva para Feridas, estruturada com campos pré-definidos para preenchimento obrigatório, com a intenção de diminuir a possibilidade de omissão de informações importantes sobre o tratamento a feridas, dotada de funcionalidades que facilitassem o preenchimento desses campos por seleção de expressões pré-definidas, eliminando assim a subjetividade expressiva, reduzindo substancialmente a obrigação de texto escrito e permitindo a obtenção de um resumo com as informações relevantes para este procedimento do tratamento de feridas (ver anexo 1). O SIE foi desenvolvido para incrementar a qualidade dos registos de enfermagem garantindo ao mesmo tempo o cumprimento das políticas segundo o modelo de Certificação; denominado de AI, foi composto de vários campos pré-definidos com conteúdos a seleccionar e que correspondem aos requisitos a avaliar aos clientes com feridas (anexos 1 e 2):

Estado da ferida (aberta ou fechada)

Tipo de ferida (cirúrgica, traumática, queimadura úlcera de pressão, úlcera de perna ou pé diabético)

Classificação da ferida (quando aplicável)

Características do penso removido – referência à ausência, quantidade e tipo de exsudado

Sinais inflamatórios (sim ou não)

Colheita por zaragatoa (sim ou não)

Odor (presente ou ausente)

Estado dos bordos da ferida (unidos, deiscência, sobrepostos, indistintos e distintos)

O SIE AI apresenta ainda 02 campos para preenchimento por texto livre – os campos Localização da ferida e Tratamento Efetuado – e um campo para inscrição da data da lesão por máscara de introdução.

O SIE AI deixa em aberto a possibilidade de se efetuarem os registos na forma de texto livre no Campo Notas de Enfermagem como anteriormente e permite ainda a obtenção de um resumo da informação para continuidade dos cuidados (anexo 3).

Foram pressupostos orientadores na conceção deste SIE evitar a perda de dados na informação, uniformizar a linguagem e permitir um RMDE com a informação necessária para a continuidade dos cuidados de enfermagem. O presente trabalho visa analisar a qualidade dos Registos de Enfermagem após a implementação deste novo Sistema de Informação e comparar estes registos com os registos anteriores à sua implementação.

Numa primeira fase do estudo, relativa a 2010, quando os registos não dispunham de um SIE como o que estamos a avaliar, o padrão de registos era manifestamente insuficiente. Com a introdução do SIE AI, estruturado com campos parametrizados para o registo do tratamento de feridas, a equipa foi confrontada com a possibilidade de inserir dados que, estando consagrados como pertinentes, e até obrigatórios como boa prática do tratamento de feridas, estavam sistematicamente ausentes antes deste novo SIE, resultando assim Registos de Enfermagem de maior qualidade do que os obtidos até aí.

Partindo desta hipótese, formula-se a questão que orienta esta investigação:

Será que existem diferenças nos dados dos tratamentos de feridas documentados através de um SIE com campos parametrizados?

No que diz respeito à parte empírica da investigação, formularam-se as questões secundárias:

Que informações sobre feridas foram documentadas através do texto livre?

Que informações sobre feridas são documentadas pelos enfermeiros através do preenchimento de campos parametrizados?

II – Metodologia

O processo de investigação é uma forma sistemática de produção científica e a realização profissional (Ribeiro, 2010). A escolha da metodologia depende do problema em causa e do estado de conhecimentos ao redor do problema. Nesta fase apresenta-se a metodologia selecionada para a prossecução dos objetivos que se traçou para esta investigação. Definem-se as etapas e os objetivos, o tipo de estudo, população e amostra, colheita de dados, questões éticas e procedimentos.

Relativamente aos objetivos, no que se refere ao objetivo geral do estudo é avaliar a alteração da documentação dos dados relativos ao tratamento de feridas após a implementação de um SIE estruturado com campos parametrizados; em termos dos objetivos específicos pretendemos:

- Avaliar registos sobre tratamento a feridos documentados pela enfermagem através de texto livre.
- Avaliar registos sobre tratamento a feridos documentados pela enfermagem através do SIE estruturado com campos parametrizados.
- Correlacionar os dados documentados pela enfermagem nos dois sistemas de registo.
- Avaliar o impacto da adoção do SIE AI na melhoria da qualidade dos registos de enfermagem neste tipo de clientes.

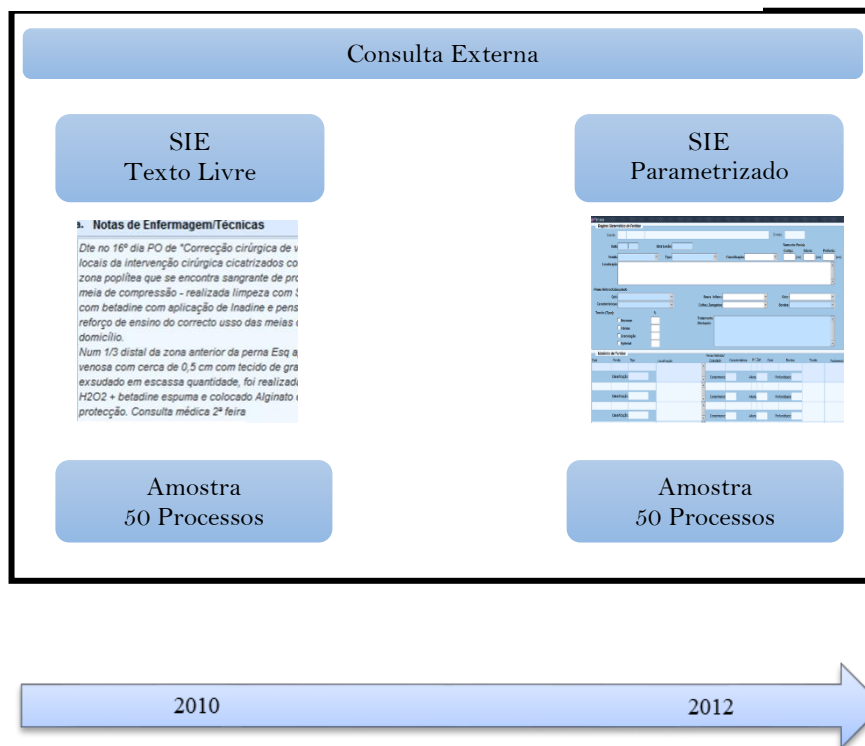
Desenho de investigação

Para atingir os objetivos propostos recorreu-se a um estudo descritivo, retrospectivo com recurso a pesquisa documental. O objetivo do estudo descritivo é observar, registar e analisar os fenómenos relacionados com o tema em estudo, neste caso os registos de enfermagem, de forma naturalista sem interferir neles (Ribeiro, 2010), a partir dos processos informáticos dos clientes atendidos na Consulta Externa do Hospital.

Este tipo de estudos pressupõe que os auditores tenham o conhecimento teórico e prático das áreas auditadas a fim de conseguirem não só a recolha objetiva dos dados mas que sejam também capazes de avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e conceber as melhorias (Alvarenga et al., 2015).

O desenho do estudo, apresentado na Figura 1, ilustra as diferentes etapas da pesquisa. Neste percurso foi inferida a evolução dos registos de enfermagem, comparando os dados inseridos em texto livre, com os dados inseridos em campos parametrizados.

Figura 1 - Desenho de Investigação



Contexto do Estudo

O estudo decorreu a partir de um Serviço de Consulta Externa de um Hospital Privado do Grande Porto, de cariz essencialmente cirúrgico.

Este Hospital atende dois segmentos principais de clientes; um primeiro segmento, Seguros de Acidentes, é o grupo de sinistrados atendidos ao abrigo de Seguros de Acidentes de Trabalho; o segundo segmento, Particulares, inclui os clientes beneficiários de Subsistemas, Seguros de Saúde, Convenções para Atendimento

Hospitalar e clientes estritamente particulares ou seja, não são titulares de qualquer tipo de assistência convencionada.

Relativamente à forma de documentar os registos de enfermagem no Serviço onde decorreu o estudo, há a referir duas formas distintas - no primeiro momento da pesquisa, no ano de 2010, o Serviço dispunha de uma forma de registo digital em texto livre e no segundo momento, no ano de 2012, o Serviço passa a dispor de um SIE estruturado com campos parametrizados.

População e amostra

A população é constituída por todos os clientes que frequentaram as consultas durante o mês de Setembro de 2010 e durante o mês de Outubro de 2012, que corresponde a uma média de 200 utentes mensais. A amostra será constituída pelos registos informáticos de 50 processos selecionados em cada um dos períodos anteriormente referidos.

Como critérios de inclusão para este estudo foram considerados:

- Clientes com feridas cirúrgicas em cicatrização por primeira intenção, atendidos durante o mês de Setembro de 2010, por altura do primeiro penso após Alta Hospitalar;
- Clientes com feridas cirúrgicas em cicatrização por primeira intenção, atendidos durante o mês de Outubro de 2012 por altura do primeiro penso após Alta Hospitalar;
- Todas as faixas etárias.

A amostra foi selecionada por técnica aleatória.

Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados foi elaborado com base no modelo de Coleman et al. (2017), já referido no Enquadramento Concetual, que define um resumo mínimo de dados na avaliação das feridas. Foram também usados como base de consulta os estudos de Muller-Sloof & McKenzie (2017), Ding et al. (2016), Nichols (2016), (Vowden & Vowden, 2016), Tubaishtat et al. (2015), Gillespie (2013), Gartlan et al. (2010), Gunningberg et al. (2009).

A grelha de avaliação (anexo 4) foi construída especificamente para este estudo após revisão da bibliografia. Esta é constituída por um total de 13 parâmetros de avaliação de feridas cirúrgicas – Duração da Ferida, Tipo de Ferida, Localização da

Ferida, Características do Penso, Presença de Exsudado, Quantidade de Exsudado, Tipo de Exsudado, Sinais Inflamatórios, Presença de Odor, Estado dos Bordos da Ferida, Descrição do Tratamento Efetuado, Marcação de Nova Avaliação e Estado da Pele Circundante.

Integraram-se ainda algumas variáveis secundárias:

- Género
- Entidade de apoio à doença
- Idade
- Duração do pós-operatório
- Especialidade médica que efetuou o ato cirúrgico
- Antecedentes relevantes para a cirurgia
- Co morbilidades associadas

Foi realizado um pré-teste em 100 registos. Foram auditados registos de enfermagem de 100 clientes, 50 referentes a 2010 e 50 referentes a 2012, com o intuito de validar o nosso instrumento de recolha de dados. Os dados obtidos neste pré-teste não foram considerados para o estudo.

Tratamento estatístico

Os dados foram inseridos numa base de dados e submetidos a análise realizada por estatística descritiva e correlacional, com recurso ao SPSS Statistics versão 25 ®.

Considerações éticas

O Projeto foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital onde decorreu a investigação. (ver anexo 5). Foi garantido o anonimato do registo dos utentes e dos profissionais que efetuaram o registo assim como, a confidencialidade dos dados recolhidos. Para tal, o protocolo de recolha de dados foi codificado, não sendo possível ao investigador ou outros avaliadores identificar nem participante nem o processo individual no final do processo de recolha de dados. No protocolo de recolha de dados consta um campo para inscrição da codificação atribuída a cada cliente, a partir de uma lista de clientes selecionados de forma a manter o anonimato dos clientes. Assim a codificação foi formatada na forma AAAA-XX em que AAAA corresponde ao ano em que foram recolhidos os dados e XX corresponde à ordenação que foi dada aos clientes selecionados para o estudo, e vai de 01 a 50.

III – Fase empírica

Neste capítulo apresentam-se os principais resultados decorrentes da informação recolhida em 2010 e em 2012.

2. Resultados

2.1. Caracterização da amostra de 2010

Como se observa pelos valores apresentados na Tabela 1, a amostra referente a 2010 é constituída por 50 clientes, sendo 70% do género masculino e 30% do género feminino. O segmento referente a Seguros de Acidentes representa 60% da amostra e em termos de Especialidades Médicas a Ortopedia possui o valor modal da amostra (52%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra referente a 2010 (n=50)

		n	%
Género	Masculino	35	70
	Feminino	15	30
total		50	1
Entidade	Seguros de acidentes	30	60
	Particulares	20	40
total		50	1
Especialidade Médica	Cirurgia Geral	7	14
	Cirurgia Plástica	14	28
	Ortopedia	26	52
	Urologia	2	4
	Cirurgia Vascular	1	2
total		50	1
Co morbilidades	Irrelevantes	38	76
	Doença respiratória	2	4
	Diabetes	3	6
	Doenças de pele	1	2
	Doença cardiovascular	5	10
	Toxicoddependência	1	2
total		50	1
Antecedentes Clínicos	Cirurgia estética	8	16
	Doença osteoarticular degenerativa	9	18
	Traumatismo	26	52
	Doenças orgânicas	4	8
	Exérese de lesões benignas internas	3	6
total		50	1

Relativamente às comorbilidades associadas, foram consideradas as que podem ter implicação no processo de recuperação das feridas, nomeadamente no processo de cicatrização. Assim, podemos observar que 76% dos clientes não são portadores de qualquer doença, conhecida até à data, que possa perturbar a recuperação da ferida, seguem-se os clientes portadores de doença cardiovascular, 10%, os portadores de diabetes tipo I e tipo II, 6%, as doenças respiratórias, 4%, e por fim as doenças degenerativas da pele e a Toxicodependência com 2% cada.

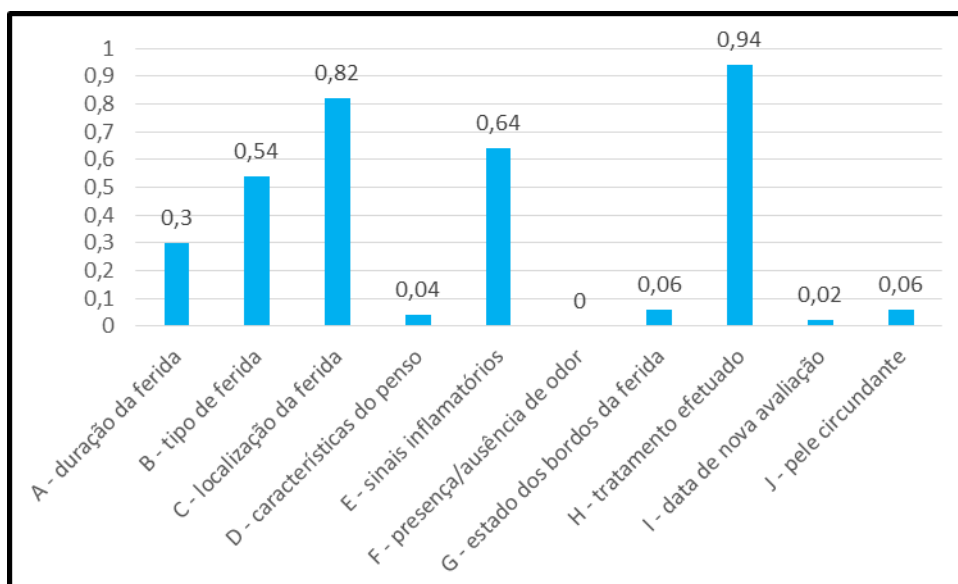
Os antecedentes clínicos dos atos cirúrgicos que deram origem às feridas foram resumidos em traumatismos, 52%, doenças osteoarticulares degenerativas, 18%, cirurgia estética, 16%, doenças orgânicas, 8%, e exérese de lesões benignas internas, 6%.

Relativamente às idades, o extremo inferior da amostra é de 9 anos e o extremo superior é de 78 anos, o que dá uma Amplitude de 69 anos; o valor médio relativamente à idade é de 42 anos e o desvio padrão é de 16,5 anos.

2.2. Dados documentados em 2010

Os registos mais efetuados incidem nos dados tratamento efetuado (94%), localização da ferida (82%), sinais inflamatórios (64%), tipo de ferida (54%), e duração da ferida (30%) (ver gráfico 1).

Gráfico 1 - Frequências relativas dos dados documentados em 2010 (n=50)



2.3. Caracterização da amostra de 2012

Como se observa pelos valores apresentados na Tabela 2, a amostra referente a 2012 é constituída por 50 clientes, sendo 52% do género masculino e 48% do género feminino. O segmento referente a Seguros de Acidentes representa 44% da amostra e em termos de Especialidades Médicas a Ortopedia possui igualmente o valor modal, 48% da amostra, seguida da Cirurgia Plástica, 22%, Cirurgia Geral, 24% e Cirurgia Vasculuar, 6%.

Tabela 2 - Caracterização da amostra referente a 2012 (n=50)

		n	%
Género	Masculino	26	52
	Feminino	24	48
total		50	1
Entidade	Seguros de acidentes	22	44
	Particulares	28	56
total		50	1
Especialidade Médica	Cirurgia Geral	12	24
	Cirurgia Plástica	11	22
	Ortopedia	24	48
	Cirurgia Vasculuar	3	6
total		50	1
Co morbilidades	Irrelevantes	25	50
	Doença respiratória	1	2
	Diabetes	4	8
	Doença cardiovascular	20	40
total		50	1
Antecedentes Clínicos	Cirurgia estética	8	16
	Doença osteoarticular degenerativa	5	10
	Traumatismo	20	40
	Doenças orgânicas	16	32
	Exérese de lesões benignas internas	1	2
total		50	1

Os antecedentes clínicos associados às feridas avaliadas, relativamente á amostra de 2012 são traumatismos, 40%, doenças orgânicas, 32%, cirurgia estética, 16%, doenças osteoarticulares degenerativas, 10%, e exérese de lesões benignas internas, 6%.

Relativamente às co morbilidades associadas, e seguindo a lógica utilizada atrás, podemos observar que 50% dos clientes não são portadores de qualquer doença,

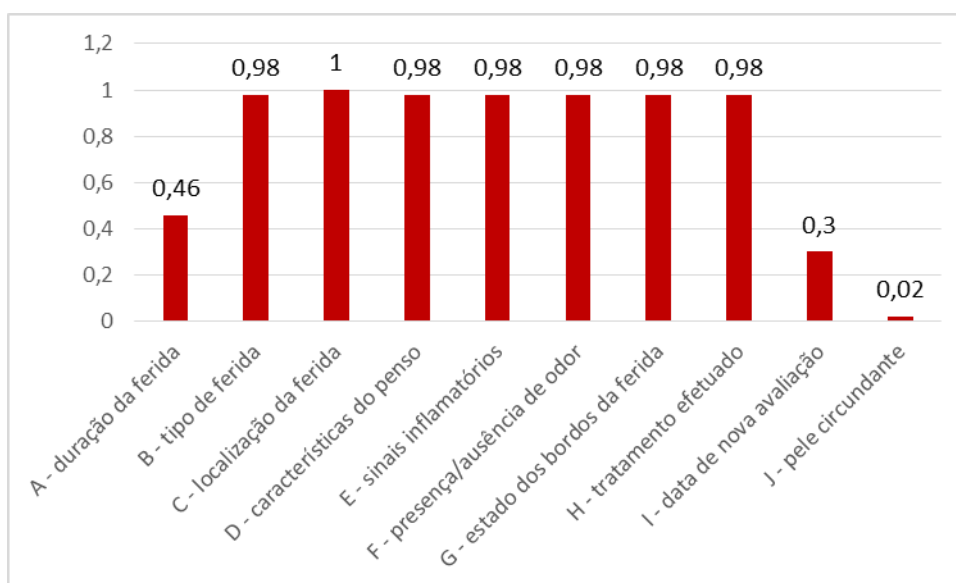
conhecida até à data, que possa perturbar a recuperação da ferida, seguem-se os clientes portadores de doença cardiovascular, 40%, os portadores de diabetes tipo I e tipo II, com 8% e as doenças respiratórias com 8%.

Relativamente à idade, o extremo inferior da amostra é de 16 anos e o extremo superior é de 78 anos, sendo o valor da Amplitude de 62 anos; o valor médio relativamente à idade é de 49 anos e o desvio padrão é de 14 anos.

2.4. Dados documentados em 2012

Em 2012, os registos (Gráfico 2) mais efetuados são a localização da ferida, 100%, com 98% de registos temos o tipo de ferida, características do penso, sinais inflamatórios, presença/ausência de odor, estado dos bordos e o tratamento efetuado, a duração da ferida aparece em 46%, a data da nova avaliação em 30% e o estado da pele circundante em 2%.

Gráfico 2 - Frequências relativas dos dados documentados em 2012 (n=50)



2.5. Dados comparados – 2010 e 2012

Da auditoria aos registos de enfermagem resultaram um total de 702 registos, 172 registos referentes a 2010, representado 24% do total de registo dos 2 anos e 530 registos referentes a 2012, correspondendo a 76% dos registos totais nos 2 anos (ver Gráfico 3).

Os dados que de 2010 para 2012 (Gráfico 4) mantiveram frequências mais equivalentes entre si, resumem-se apenas ao tratamento efetuado (94% de registos em

2010 e 98% em 2012) e ao referente à localização da ferida (82% em 2010 e 100% em 2012).

Em 2012 verifica-se uma redução da frequência do dado referente ao estado da pele circundante; este dado não foi parametrizado no SIE AI pelo que a forma de o documentar manteve-se em 2012 através do texto livre, daí a baixa frequência de registo.

Podemos verificar que o dado referente à presença/ausência de odor era inexistente em 2010 e em 2012 apresenta uma frequência de registo de 98%.

Gráfico 3 - Número total de dados documentados em 2010 e 2012

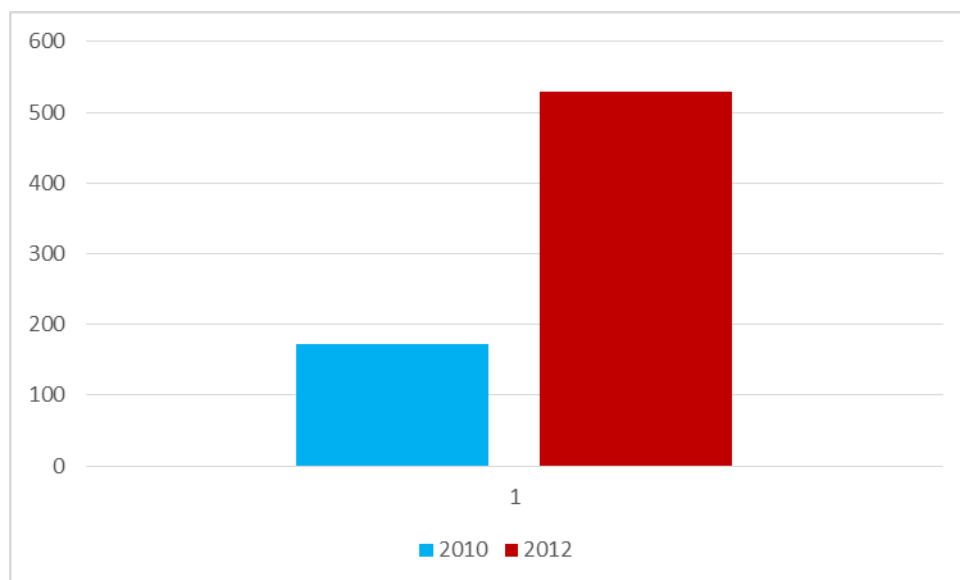
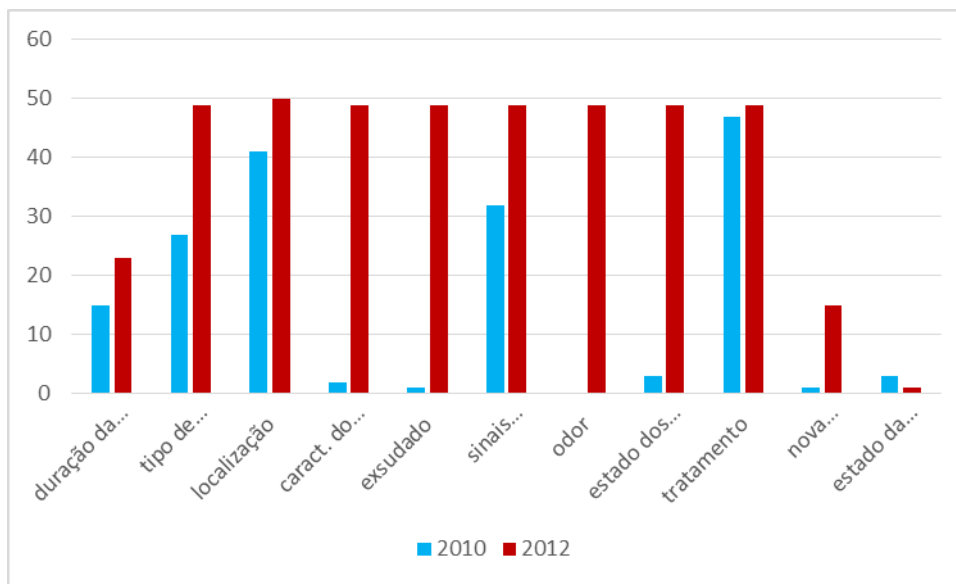


Gráfico 4 - Frequências relativas dos dados documentados em 2010 e 2012



Relativamente aos dados duração da ferida, tipo de ferida, localização da ferida, características do penso, sinais inflamatórios e estado dos bordos, verifica-se um aumento das suas frequências de registo de 2010 para 2012.

3. Discussão dos Resultados

Após observação dos dados, através dos Gráficos e das Tabelas, e orientando a nossa análise através da questão orientadora do estudo:

Será que existem diferenças nos dados dos tratamentos de feridas documentados através de um SIE com campos parametrizados?

Podemos afirmar que existe uma diferença acentuada nos dados documentados através do SIE AI, referentes à Amostra de 2012, em relação aqueles documentados através do texto escrito, estes referentes à Amostra de 2010. Esta diferença pode ser caracterizada em primeiro lugar pela quantidade total de registos em cada ano (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências dos dados documentados na avaliação da ferida em 2010 e 2012 e correlação estatística (n=50)

Dados da ferida	2010		2012		P (valor)
	n	%	n	%	
Duração da ferida	15	30	23	46	0.101
Tipo de ferida	27	54	49	98	0.000
Localização da ferida	41	82	50	100	0.002
Características do penso	2	4	49	98	0.000
Presença/ausência de exsudado	1	2	49	98	0.000
Sinais inflamatórios	32	64	49	98	0.000
Presença/ausência de odor	0	0	49	98	0.000
Bordos da ferida	3	6	49	98	0.000
Tratamento efetuado	47	94	49	98	0.310
Data da próxima avaliação	1	2	15	30	0.000
Estado da pele circundante	3	6	1	2	0.310

(p <0.05)

Através dos registos em texto livre, como acontecia em 2010, ainda que em baixa percentagem, surgem registos de quase todos os dados a documentar no tratamento de feridas, exceção feita ao dado Presença/ausência de odor com uma frequência de 0 registos.

Os dados características do penso, presença ou ausência de exsudado, presença ou ausência de odor e o estado dos bordos da ferida, praticamente inexistentes em 2010 (frequências inferiores a 10%) destacam-se significativamente em 2012 com frequências de 98%. Estes são os dados que revelam maior diferença entre as duas amostras.

No que diz respeito a resultados similares entre as duas amostras, o Tratamento efetuado é o único em que as frequências são bastante próximas uma da outra sendo contudo de registar uma melhoria neste registo em 2012.

Esta semelhança pode ser explicada, como já foi referido, por uma cultura de desempenho focalizada na prestação dos cuidados, considerada para todos os efeitos como a documentação que interessa quer do ponto de vista da continuidade do tratamento quer do ponto de vista jurídico-legal. Aspetos relacionados com a observação e avaliação da ferida são pouco documentados através do registo escrito em

texto livre mas a percentagem da documentação do tratamento efetuado é bastante significativa ao ponto de não se poder estabelecer correspondência estatística entre esta variável e o tipo de registos documentados (ver Tabela 3).

Também no caso dos Sinais Inflamatórios, se bem que numa dimensão mais reduzida, se verificava já em 2010 uma percentagem significativa de registos, 64%; tendo-se verificado um incremento deste registo para a casa dos 98% em 2012; podemos atribuir a este registo e ao registo Tratamento Efetuado, as duas principais referências da cultura de registos habitual no tratamento de feridas.

Relativamente à correlação entre qualidade dos registos de enfermagem e a utilização de SIE com campos parametrizados, na Tabela 3 vemos uma forte correlação entre a introdução do SIE AI e a documentação dos dados da avaliação da ferida, especificamente nos dados referentes ao tipo de ferida, características do penso, presença/ausência de exsudado, sinais inflamatórios, presença/ausência de odor, bordos da ferida e data da nova avaliação todos eles ($p=0.000$).

Neste conjunto de dados que foram considerados para a avaliação da ferida, importa, para uma compreensão mais profunda, referir que, no SIE AI implementado, para alguns deles não existem campos parametrizados, sendo possível a sua documentação apenas através de texto livre em campos destinados a isso.

Começamos por referir o caso do dado referente à pele circundante; este dado foi o único que, de 2010 para 2012, inverteu a frequência do seu registo, ainda que sem significado estatístico, por comparação com os outros dados inseridos por campos parametrizados; não deixa de se poder correlacionar este resultado com o facto de só poder ser inserido em texto livre.

Os outros dados são o da duração da ferida e o da localização da ferida. Ainda que as frequências dos seus registos tenham sido incrementadas de 2010 para 2012, e os seus registos só são possíveis através do texto livre, a nossa análise não pode deixar de levar em conta os hábitos de registo da equipa, não esquecendo que o levantamento ocorreu através de pessoas implicadas no Serviço.

Relativamente ao dado referente à duração da ferida, relembra-se que este era possível através da inscrição da data do aparecimento da ferida num campo específico (não parametrizado) em texto livre; o dado localização da ferida, no SIE AI, dispõe igualmente de um campo, não parametrizado, para texto livre. Nestes dois últimos dados referidos, uma parte, que se julga ser substancial, das frequências registadas pode dever-se ao facto de ser frequente o registo em texto livre a partir de uma cópia e uma colagem das notas médicas com as informações que neste caso interessam para a

enfermagem - a data da realização da cirurgia e a designação da cirurgia realizada - o que corresponde à duração e à localização da ferida.

Podemos afirmar então que a enfermagem, nos registos sem campos parametrizados, obtém melhor documentação se existir algum tipo de informação prévia que possa ser utilizada. Mesmo assim os registos dos dados que se mantiveram possíveis apenas por texto livre têm frequências bastante inferiores aos restantes.

No global podemos destacar como aspetos relevantes a regularidade e a sistematização de registos que, no caso dos dados mais relevantes para o tratamento de feridas é quase de 100%; também a disponibilidade da informação de sessões anteriores, imediata em cada momento do atendimento, fazem do SIE AI um instrumento prático que permite um resumo permanente de toda a informação em cada sessão de atendimento o que corresponde aos requisitos de disponibilidade e comparabilidade dos dados, sendo por isso, também uma forma de otimizar os processos de gestão (Pereira, 2006).

Gunningberg et al. (2009) revela igualmente um incremento na informação disponibilizada no tratamento de feridas, após a adoção de um sistema eletrónico de registo constituído por campos parametrizados. Daqui destacam-se os dados tipo de ferida e localização da ferida com registos na ordem dos 90%.

Estudos de auditoria a documentação no tratamento de feridas revelam registos significativamente inferiores aos obtidos neste estudo nomeadamente nos dados referentes à presença ou ausência de exsudado, inferiores a 50%, o aspeto da pele circundante, inferiores a 20% e o estado dos bordos da ferida, inferiores a 10%. (Gartlan et al., 2010).

Um estudo mais recente (Tubaishat et al., 2015), comparando a documentação produzida acerca de clientes portadores de úlcera de pressão, revela igualmente uma frequência de dados documentados superior em registos eletrónicos comparativamente com registos em texto livre e conclui que os registos eletrónicos são mais precisos e completos do que os registos em texto livre. Neste estudo a documentação referente à localização da ferida por exemplo, está estatisticamente correlacionada com um sistema de registos eletrónicos mas com baixa significância ($p=0.58$).

A importância atribuída pela equipa à documentação referente ao Tratamento Efetuado, no nosso estudo, se por um lado é um bom indicador, não podemos deixar de apontar a necessidade da documentação de outros dados que possibilitem uma adequada avaliação da ferida e a justificação pela opção do tratamento tomada. Daí que a disponibilidade dos dados sobre a duração de ferida, características do penso, presença

ou ausência de exsudado, presença ou ausência de odor e estado dos bordos da ferida, numa ordem de quase 100% como a que se obteve com o SIE em estudo, permite à enfermagem uma avaliação adequada da evolução da ferida.

Podemos então atribuir um forte incremento da qualidade dos registos de enfermagem no tratamento de feridas após a utilização do SIE em estudo. Na senda de outros estudos realizados, e já referidos neste trabalho, reiteramos a vantagem na utilização de instrumentos standardizados que permitam a obtenção de dados necessários para uma adequada avaliação de feridas.

Conclusão

O estudo incidiu no levantamento de duas realidades, que se revelaram bastante distintas, no campo dos registos de enfermagem no tratamento de feridas; uma referente ao período em que os registos eram efetuados em texto livre e outra após a adoção de um SIE com campos parametrizados. A partir do instrumento de recolha de dados utilizado, no mesmo Serviço, numa mesma equipa e numa mesma instituição hospitalar, os dois momentos sobre os quais a recolha incidiu revelaram dois perfis de registos distintos.

É assim notória uma alteração substancial entre os dados documentados em 2010 e os documentados em 2012, substanciada pelas quantidades de dados documentados em cada um dos períodos estudados; recorde-se que da análise, em 2012, obtiveram-se o triplo dos registos em relação a 2010.

Em termos de obtenção de registos de acordo com o que está estipulado como sendo um mínimo para a adequada avaliação de feridas, a utilização do SIE AI permitiu a obtenção de informação que em primeira instância se destaca pela quantidade mas que ao mesmo tempo apresenta um conteúdo de informação bastante completo para a avaliação e concetualização das intervenções com vista ao objetivo principal – a cicatrização da ferida. Na esteira de autores já referidos, como Gunningberg, Ehrenberg e Faria & Peres, podemos afirmar existir correlação positiva entre a utilização de campos parametrizados e maior número de dados documentados pelo que, podemos também defender a utilização de SIE com estas características como tendo impacto positivo no incremento da qualidade dos registos de enfermagem.

Existem contudo ainda questões em aberto acerca da utilização dos SIE. Mesmo os estudos mais recentes utilizados neste trabalho, a nível processual parece sentir-se a necessidade de uma padronização da estrutura deste SIE para que se possam obter

resultados que garantam a fiabilidade da avaliação da ferida e que garantam também a comparação dos dados em cada mudança de penso.

Podemos concluir que o uso do SIE AI foi mais eficaz na obtenção de dados sobre o tratamento de feridas do que o texto redigido, pelo que não podemos deixar de concluir, e na esteira de autores referidos neste trabalho, que existe correlação positiva entre a utilização do SIE AI e a melhoria da qualidade dos registos de enfermagem no tratamento de feridas. Também a visualização facilitada dos registos anteriores, é uma característica relevante deste SIE.

O estudo permitiu conhecer outros estudos, similares, e comparar os nossos resultados com outras realidades de outros países. O elevado nível de registos obtidos com a introdução do SIE AI, incrementou a qualidade não só dos registos mas da própria prática da profissão que passou a dispor do SIE implementado também como documento orientador para os registos de enfermagem, levando, cremos nós, também ao incremento da consciência sobre estes registos.

Não podemos também deixar de referir que este estudo justificou o investimento que levou ao desenvolvimento deste SIE e que também consolidou a importância dos contextos locais na definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definindo processos de trabalho para a obtenção de resultados.

Podemos enunciar algumas limitações a este estudo, que se prendem com a delimitação da problemática do estudo. Uma limitação a apontar a este estudo é o facto de este se circunscrever a aspetos meramente processuais dos registos de feridas sem avaliar a qualidade do exame da ferida e a pertinência das decisões tomadas para se efetuarem os cuidados.

Uma segunda limitação prende-se com o facto de este estudo se circunscrever apenas a feridas agudas em cicatrização por primeira intenção, não permite que se possam fazer inferências para a qualidade dos Registos de Enfermagem em outros tipo de feridas, nomeadamente em feridas crónicas e em feridas abertas.

Em terceiro lugar podemos apontar o facto de o estudo não avaliar a documentação do progresso da ferida e sua correlação com os antecedentes clínicos e as comorbilidades associadas.

A quarta limitação prende-se com o facto de não possuímos a caracterização da equipa de enfermagem responsável pelos registos. A utilização dos recursos informáticos pode revelar perfis de desempenho diferentes em função do tempo de

serviço, idade do enfermeiro ou a formação de base e a formação profissional frequentada.

Sendo um ambiente hospitalar o acompanhamento médico esteve assegurado nos clientes atendidos para o tratamento de feridas como se disse. Assim as questões associadas aos antecedentes clínicos e Exames Auxiliares de Diagnóstico, tradicionalmente mais associadas à avaliação médica, não constaram do presente trabalho. Não deixa contudo de ser pertinente no caso de um trabalho centrado na enfermagem, incluir uma forma de se obter a evidência, para a enfermagem, desta avaliação correlacionada com os antecedentes clínicos e os Exames Auxiliares de Diagnóstico. Existem estudos que revelam situações de úlceras de perna em tratamento para as feridas sem possuírem diagnóstico diferencial e sem a realização de Exames Auxiliares de Diagnóstico adequados à situação. Não deixa de ser sempre útil a evidência da observação médica e dos Exames Auxiliares de Diagnóstico adequados para a avaliação das feridas, como requisito orientador do planeamento dos cuidados de enfermagem pelo que defendemos também esta documentação no tratamento de feridas, não só porque, como vimos na pesquisa, a enfermagem e a medicina tendem a olhar a ferida e a colher dados sob diferentes prismas, mas sobretudo porque é na comunidade que estes tratamentos se realizam, muitas vezes com solicitação direta do cliente à enfermagem.

Referências bibliográficas

- Akhu-Zaheya.L.,Al-Maaitah,R., Hani, S. Quality and Nursing Documentation:Paper-Based Health Records versus Electronic-Based Health Records. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (3), pp. 578-589.
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada À Investigação em Ciências da Saúde*. Loures, Lusodidacta.7
- Alvarenga, J. et al. (2015). Auditoria em Enfermagem: análise do Processo, Conceções e Expectativas. [Em linha]. Disponível em <
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10765/11897>>
[consultado em 10/02/2018].
- Balang, R., Burton, R., Barlow, N. (2017). Illuminating Professionalism among Nurses in their Documentation within the Malaysia Context – A Qualitative Study. *International Journal of Business and Society*, 18 (S4), pp. 692-700.
- Bento, R. D. (2009). Processo de Acreditação. [Em linha]. Disponível em <
<https://jornadasdaqualidade.files.wordpress.com/2009/11/acreditaca-jci-regina-bento.pdf>> [consultado em 25/07/2018].
- Bispo, L. (2015). Sistemas de Acreditação e Certificação Hospitalar em Portugal Continental. [Em linha]. Disponível em <
https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/5334/1/TM_LUCIA_BISPO.pdf>
[consultado em 25/07/2018].
- Bittar, O. (1999). Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista Associação Medica Brasileira*, 45 (4), pp.357-363.
- Blumenthal, D. (1996). Quality of Care – What is it? – Part one of six. *The New England Journal of Medicine*, 335 (12), pp. 891-894.
- Cândido, L. (2001). *Nova Abordagem no Tratamento de Feridas*. São Paulo, Editora SENAC.
- Carmo, H e Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade aberta.

Carpenito, L (2002). *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação a prática clínica*. 8ª Edição. Porto Alegre. Aritmed Editora S.A.

Chevalier, S, et alii. (1995). *Indicateurs sociosanitaires: définitions et interpretations*. Ottawa: Institute Canadien d'Information sur la Santé.

Clarke, M. (1997). *Enfermagem Geral I*. Publicações Europa-América, Lda.

Coleman, S. et alii. (2017). Development of a generic wound care assessment minimum data set. *Journal of Tissue Viability*, 26 (2017), pp. 226-240.

Coleman, S. et alii. (2017). Development of a generic wound care assessment minimum data set. [Em linha]. Disponível em <
[https://www.journaloftissueviability.com/article/S0965-206X\(17\)30052-9/pdf](https://www.journaloftissueviability.com/article/S0965-206X(17)30052-9/pdf)>
[consultado em 10/02/2018].

Costa, M. (2011). *Mais Saber, melhor Enfermagem: A repercussão da Formação na Qualidade dos Cuidados*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Educação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

Crower, Elionor (1998). “Introdução História á Enfermagem”. In Verolyn Bolander. *Enfermagem Fundamental- Abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta-Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. (5-29).

Cunha, A. e Mota, L. (2007). *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem: Guia Prático*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

D’Innocenzo, M., Adami, N. e Cunha, I. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), pp. 84-88.

Dealey, C. (2006). *Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros*. Lisboa. ClimEditores.

Dias, M., Freitas, M. e Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 23, pp. 439-50.

Ding, S., Lin, F. e Gillespie, B. (2016). Surgical wound assessment and documentation os nurses: na integrative review. *Journal of Wound Care*, 35 (5) pp.232-240.

Dixon, J.. (2005). *Regulating Health Care*. London, King's Found Foundation.

Domenico, E. (2001). *Enfermagem baseada em evidências: a reconstrução da prática clínica. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar*. São Paulo, Atheneu,

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, USA: Oxford University Press.

Donahue, K. e Vanostenberg, P. (2000). Joint Comission International Accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (3), pp. 243-246.

Duque, H., et alii. (2009). *Manual de Boas Práticas - Úlceras de Pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Flanagan, Madelein (2013). *Wound Healing and Skin Integrety: Principles and practice*. WilleyBlackwell. University of Hertfordshire, UK. FORTIN, Marie- Fabienne, (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção a Realização*. Lusociência, Edições e técnicas científica,

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta.

FORTIN, Marie-Fabinne (1999). *O processo de investigação – da conceção à realização*. Lusociência, Loures

França, M. (2002) *Do Protocolo IQS/HFHQS ao Programa Nacional de Acreditação de Hospitais*. Qualidade e saúde, Edição especial.

Gariso, M. (2007). *Qualidade nos serviços públicos. A gestão da qualidade de um serviço público na perspetiva dos seus funcionários*. Dissertação de mestrado em Gestão Pública, Aveiro, Universidade de Aveiro.

Gatlan, J. et alii. (2010). An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 2207-2214.

Gillespie, B. et alii. (2013). Wound care practices: a survey of acute care nurses. *Journal of Clinical Nurses*, 23, pp.2618-2627.

Gomes, D. J. (2011). *Certificações de qualidade nos centros hospitalares portugueses: Determinantes e consequências da sua adoção*. Dissertação de Mestrado em Contabilidade, Fiscalidade e Finanças Empresariais, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.

Gunningberg, L. (2006). Pressure ulcer prevalence survey in Sweden: a two-year follow-up of quality indicators. *Journal Wound Ostomy and Continence Nursing*, 33 (3), 258-66.

Gunningberg, L. e Stotts, N. (2008). Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (4), 246-53.

Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M. e Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 1557-1564.

Gupta, S. et alii. (2017). Management of Chronic Wounds: Diagnosis, Preparation, Treatment, and Follow-up. *Wounds* 29 (9), ppS19.

Hell, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição, Sílabo, Lda.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Lusociência Lda.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Lusociência Lda.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste Mundo*. Lusociência Lda.

Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de Fim de Curso; Trabalho de Humanidade: Emergir Como o Autor do seu Próprio Pensamento*. Lusociência Lda.

Hicks, C. (2006). *Método de Investigação para Terapêuticos Clínicos: Conceção de Projetos de Aplicação e Análise*. 3ª Edição, Lusociência Lda.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Lusociência Lda.

Hurd, T., Zuliani, N. e Posnett, J. (2008). Evaluation of the impact of restricting wound management practices in a community care provider in Niagara, *Canada*. *International Wound Journal*, 5 (2), pp. 296-303.

Iezzoni, L. (1997). *Risk Adjustment for measuring healthcare outcomes*. Chicago. Health Administration Press.

Institute of Medicine (U.S.) (1988). Committee for the Study of the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.

Jascinth, L. et al. (2016). An Audit of Nursing Documentation at three Public Hospitals in Jamaica. *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (5), pp.508-516.

JCI (2017). International Patients Safety Goals. [Em linha]. Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf> [consultado em 14/07/2018].

Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials os quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16, pp.112-124.

Kluk, M. (2005). Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3, pp. 539-44.

Lakatos, E. e Marconi, M. (1992). *Metodologia de investigação: Ciência e conhecimento científico, Métodos Científicos, Teorias, Hipóteses e Variáveis*. Editora Atlas S.A.

Mota, L., Pereira, F. e Sousa, P. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. [Em linha]. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12152>> [consultado em 10/02/2018].

Muller-Sloof, E. e McKenzie, T. (2017). Meeting report: the Triangle of Wound Assessment: implementing a simple and structured approach to wound management. *Wounds International* 2017. 8 (3), pp. 34-39.

National Convention of the Association for Educational Communications and Technology. (1994). *What is Nursing Informatics?* Nashville.

Nichols, E. (2016). Wound assessment: exsudate. *Wounds Internatioanl* 2016. 7 (3), pp. 30-33.

Novo, T. (2013). *Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista*. Dissertação de mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Ordem dos Enfermeiros, (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2007). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2007). Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. *Ordem dos Enfermeiros*, pp. 1-8.

Ordem dos Enfermeiros, (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, F. (2005). Information Relevance for Continuity of Nursing Care. [em linha]. Disponível em <http://ojni.org/9_3/pereira.htm>, [consultado em 10/02/2018].

Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Pestana, M. (2008). Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS. 5.^a Ed. Edições Sílabo, Lisboa.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho nº1400/MS/2015. *D.R. II Série*, Nº28 (2015-02-10), p. 3882.

Porter, M. e Teisberg, E. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

Potter, P. e Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e posicionamentos*. Lusociencia Lda.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (2009). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98, alterado pela Lei Nº. 111/2009.

Reis, E. (1990). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6 (1), pp. 50-61.

Ribeiro, José Luís Pais (2010). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Placebo Editora, Lisboa.

Rocha, M. et alii (2006). *Feridas Uma Arte Secular - Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas* (2ª ed.). Coimbra: Minerva.

Sally, E. et alii (1986). Clinical Progress Notes: A Challenge for the Nurse Educator. *Journal of Nursing Education*, 25 (1), pp.33-36.

Scott-Thomas, J. et alii (2017). A practical guide to systematic wound assessment to meet the 2017-19 CQUIN target. *Journal of Clinical Nursing*, 31 (5), pp.30-34.

Tubaishat, A. et alii (2015). Electronic versus paper records: documentation of pressure ulcer data. *British Journal of Nursing*, 24 (6), pp. 30-37.

Tuckman, Bruce (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Voutilainen, P., Isola, A. E Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci* 18, pp.72-81.

Vowden, P. e Vowden, K. (2016). Clinical care delivery implications of the “Burden os Wounds” study. *Wounds UK*. 12 (3), pp. 12-21.

Wang, N., Yu, Ping, Hailey, D. (2015). The quality os paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: a documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics*. Disponível em <<http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.imedinf.2015.04.004>>, [consultado em 10/06/2018].

Werley, H. et alii (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstration Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*. 81 (4), p. 421-426.

ANEXOS

ANEXO 1

Estrutura geral do sistema de registo do tratamento de feridas

Estrutura geral do sistema de registo do tratamento de feridas no SIS AI

Registo Sistemático de Feridas

Doente: _____ Dt nasc.: _____

Data: _____ Data Lesão: _____

Tamanho Ferida
 Comp.: _____ (cm) Altura: _____ (cm) Profund.: _____ (cm)

Ferida: _____ Tipo: _____ Classificação: _____

Localização: _____

Penso Retirado/Exsudado

Qtd.: _____ Sinais Inflam.: _____ Odor: _____

Características: _____ Colheu Zaragatoas: _____ Bordos: _____

Tecido (Tipo): %

Necrose

Fibrina

Granulação

Epitelial

Tratamento Efectuado: _____

Histórico de Feridas

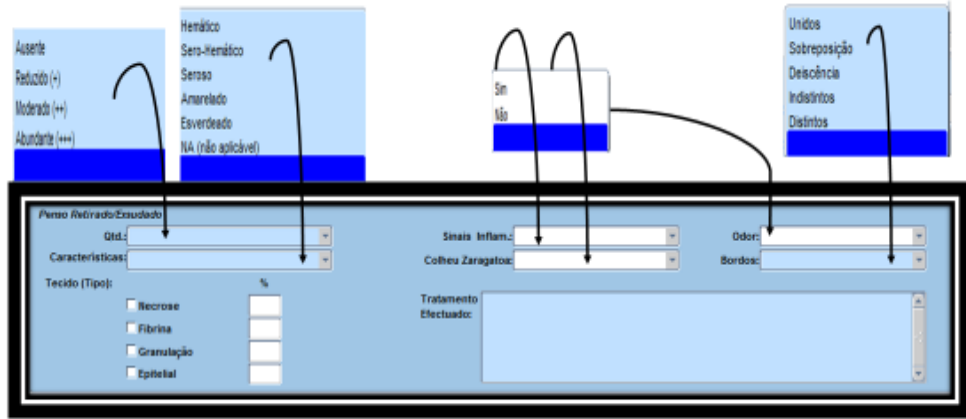
Data	Ferida	Tipo	Localização	Penso Retirado/ Exsudado	Características	Inf. Zar.	Odor	Bordos	Tecido	Tratamento Efectuado
	Classificação: _____				Comprimento: _____	Altura: _____	Profundidade: _____			
	Classificação: _____				Comprimento: _____	Altura: _____	Profundidade: _____			
	Classificação: _____				Comprimento: _____	Altura: _____	Profundidade: _____			
	Classificação: _____				Comprimento: _____	Altura: _____	Profundidade: _____			

Limpar

Gravar [F10]

ANEXO 2

Conteúdos parametrizados do AI



The image shows a screenshot of a medical record form for wound management. The form is divided into several sections:

- Data:** A dropdown menu with options "Aberta" and "Fechada".
- Data Lesão:** A dropdown menu with options "Cirurgica", "Traumática", "Queimadura", "Úlcera de Perna", "Úlcera de Pressão", and "Pé Diabético".
- Classificação:** A dropdown menu with options "Grau I", "Grau II", "Grau III", "Grau IV", "Venosa", "Arterial", "Mista", and "Não Aplicável".
- Tamanho Ferida:** Three input fields labeled "Comp.: (cm)", "Altura: (cm)", and "Profund.: (cm)".
- Localização:** A large text area labeled "Texto livre" for free text entry.

ANEXO 3

Resumo de dados de Enfermagem do SIE AI

Carta de Alta de Enfermagem para o Exterior

1 / 1

Dt. Nasc.: [REDACTED]

Medicação administrada nas últimas 8h:

Data	Hora	Fármaco / Dose / Via
------	------	----------------------

Feridas: Localização/Tratamento/Frequência

antebraço direito - face anterior.	Traumatismo com faca de peixe, suturada neste hospital no sábado (29/9). Limpeza com SF e penso impermeável. Volta dia 4/10.
------------------------------------	--

Notas Gerais:

2012-10-01 Registo de Feridas em 2012-10-01

14:36 Ferida Fechada

Ferida Traumática

Localização: antebraço direito - face anterior.

Característica do penso retirado/exsudado - Qtd: Ausente

Característica do penso retirado/exsudado - Características: Não Aplicavel

Sinais Inflamatórios: Não

Colheu Zaragatoa: Não

Odor: Ausência Bordos:

Unidos

Tratamento Efectuado: Traumatismo com faca de peixe, suturada neste hospital no sábado (29/9). Limpeza com SF e penso impermeável. Volta dia 4/10.

2012-10-01

(Enfermeiro)

Anexo 4
Instrumento de colheita de dados

Instrumento de colheita de dados Grelha de avaliação de registos sobre feridas agudas em cicatrização por 1 ^a intenção
--

Codificação: _____

Sexo	
Entidade	
Idade	
Dias de pós-operatório	
Especialidade médica	
Duração da ferida	
Tipo de ferida	
Localização da ferida	
Características do penso	
Presença de exsudado	
Quantidade de exsudado	
Tipo de exsudado	
Sinais inflamatórios	
Odor	
Estado dos bordos	
Descrição do tratamento	
Marcação de nova avaliação	
Estado da pele circundante	

Legenda:

- M - sexo masculino
- F - sexo feminino
- AT - acidentes de trabalho
- Part - doente privado
- 0 - Sem registo
- 1 - Com registo