

Sistemas de Registros e Informações: Contribuições para as Classificações de Enfermagem

Denise Tolfo Silveira*

Tradicionalmente, a documentação de enfermagem tem sido compatível com os padrões das instituições de saúde e com as definições legais da prática. A questão é como identificar os dados de enfermagem que devem ser informatizados para garantir a continuidade e qualidade do cuidado prestado.

Os enfermeiros sempre possuíram o principal papel de comunicação na interface entre o cliente/paciente e o sistema de saúde. Os enfermeiros têm usado cada vez mais os sistemas de informação para desempenhar este papel de gestão da informação na prática, na administração, na pesquisa e no ensino ⁽¹⁾.

Desde Nightingale (1820-1910) o propósito da documentação de enfermagem como observações é para coletar, armazenar e recuperar os dados do paciente para que possam ser gerenciados de forma inteligente. Documentação é a evidência que as responsabilidades éticas e legais para com o paciente foram atendidas e que o paciente recebeu o cuidado com reconhecida qualidade ⁽²⁾.

A partir desta perspectiva, trata-se aqui de discutir as necessidades de estrutura da documentação de enfermagem, as características dos sistemas de classificação e os sistemas eletrônicos de informação, para que os sistemas de informação em enfermagem atuem como afirma Marin, como agentes catalisadores para o avanço da profissão. E, para tal é necessário organizar e ter acesso à informação, avaliar o resultado de uma ação de enfermagem e analisar a contribuição efetiva dos enfermeiros no sistema de saúde ⁽³⁾.

Os dados de enfermagem são ferramentas básicas para elaboração e registro do processo de enfermagem, por isso deve-se dar prioridade no desenho de formulários p/ base de dados para facilitar a automatização da informação de saúde. Estes dados, uma vez processados, produzem a informação de enfermagem que, por sua vez, quando analisada e interpretada, produzem o conhecimento de enfermagem dados processamento organização/estrutura dos serviços ^(1,4,5).

Segundo Hannah, Ball, Edwards, entre as finalidades para padronizar a documentação interdisciplinar temos: a) eliminar redundâncias e duplicações na documentação; b) aumentar a qualidade e o relatório do cuidado clínico pela perspectiva multidisciplinar por meio da padronização; c) definir e padronizar elementos de dados na documentação clínica comuns para todos os pacientes; d) desenvolver uma abordagem para padronização da documentação das práticas clínicas para setores automatizados ou manuais (registro em papel); e e) automatizar um fluxo de trabalho ideal de documentação clínica ⁽¹⁾.

* *Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

Entretanto, cabe ressaltar que antes de fazer alguma mudança no sistema de documentação, deve-se primeiro determinar o resultado desejado, ou seja, aquele que muda a direção do planejamento e implantação do processo ⁽⁶⁾.

Sendo os sistemas de informação, sistemas de computadores que coletam, armazenam, processam, recuperam, mostram e comunicam a informação necessária, em tempo real, para que se possa: administrar serviços e

recursos gerenciar padrões de informação sobre o paciente unir recursos da pesquisa e aplicações educacionais com a prática e são usados para processar os dados e produzir a informação. No desenvolvimento dos sistemas de informação automatizados, cada elemento (dado) é definido e classificado ^(1,5). Os dados são classificados nos termos de como eles serão usados pelo usuário, por exemplo: dados financeiros, dados do paciente, dados de recursos humanos, dentre outros.

No caso da enfermagem, os sistemas de informação representam um conjunto de ferramentas que apóiam as ações de enfermagem de modo a facilitar a documentação, processar os dados e produzir a informação para fins de avaliação, planejamento e implementação das ações de enfermagem no cuidado em saúde ⁽³⁾. Os sistemas de informação em enfermagem são também reconhecidos como componentes de enfermagem inseridos no prontuário do paciente.

De modo geral, embora haja reconhecimento sobre a importância em definir os dados e determinar a informação útil para garantir a continuidade do atendimento em enfermagem, nem sempre a documentação esta disponível. Ainda, a falta de dados específicos presentes na enfermagem pode estar relacionada com a falha dos profissionais em acordar sobre um conjunto de dados claro, definido, validado, confiável e padronizado. ⁽⁴⁾

Na prática necessitam que a enfermagem identifique a tecnologia de apoio para melhorar e reorganizar a prestação do cuidado; permitir análise e uso de padronização de linguagem, estrutura de dados; comunicar a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimento.

Assim, deve-se considerar a padronização da linguagem da *NIC (Nursing Intervention Classification)*, da *NOC (Nursing Outcomes Classification)*, da *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)* e do *SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine)*. Lembrando que todas estas são nomenclaturas e não padrões baseados em evidências que dirigem o cuidado nem sistemas de documentação e planos de cuidado, mas sim contribuições para gerenciar estes elementos no plano de cuidados para os pacientes ⁽⁶⁾.

Existem outras iniciativas de nomenclatura, relacionadas à enfermagem ou não, que não estão listados aqui. Um destes exemplos é o registro de saúde eletrônico (*Electronic Health Records – EHR*) iniciativa de padrões funcionais, atualmente sendo conduzida pelo *EHR Technical Committee (EHRTC)*. O objetivo desta iniciativa é favorecer o propósito da linguagem HL7 (*Health Language versão 7*) de desenhar padrões que apóiam a troca de informação das decisões clínicas e tratamentos, e para ajudar a configuração básica na interoperabilidade em âmbito nacional ao proporcionar parâmetros de linguagem universal que podem ser usados ao desenvolver sistemas que atendam os registros eletrônicos ⁽⁶⁾.

Se a finalidade da documentação de enfermagem é fornecer a evidência para que todos os padrões sejam adequados, os sistemas de informações devem contribuir para que os dados no registro do paciente possam ser documentados com uso de terminologias para variáveis das práticas profissionais. Além disso, estes dados de registro dos pacientes podem ser totalizados e codificados dentro de banco de dados para diferentes propostas de gerenciamento, pesquisa e política de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Hannah KJ, Ball MJ, Edwards MJA. Introduction to nursing informatics. 3nd ed. New York: Springer-Verlag, 2006.
- 2 Silveira DT, Marin HF. Nursing documentation in occupational health. In: The XIX International Congress of European Federation for Medical Informatics, Geneva, 2005. Amsterdam: Proceedings of MIE 2005: Connecting Medical Informatics and Bio-Informatics, IOS, 2005, v.116, p.143-148. ISBN 1-58603-54
- 3 Marin HF. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: Massad E, Marin HF, Azevedo Neto RS, Lira ACO. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Marin; 2003.
- 4 Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. Acta Paulista de Enfermagem. 2006; 19 (2): 218-27.
- 5 Saba VK, McCormick KA. Essencial of computers for nurses: informatics for the new millenium. 3th ed. New York: McGrall-Hill, 2001.
- 6 Dietrich, L. Transformar a documentação clínica: preparar a enfermagem para a mudança. In: Hannah KJ, Ball MJ, Edwards MJA. Introduction to nursing informatics. 3nd ed. New York: Springer-Verlag, 2006.