



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Avaliação dos registros da equipe de enfermagem em um hospital universitário

**MARIANE DA ROCHA MARQUES
PAULA ISABEL ALVES VIANA**

**ARACAJU-SE
2018**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
APRESENTADO AO DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SERGIPE (UFS), COMO REQUISITO
OBRIGATÓRIO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE BACHAREL EM ENFERMAGEM, ORIENTADO
PELA PROF. DRA. FLÁVIA JANÓLIO
COSTACURTA PINTO DA SILVA.**

ARACAJU-SE

2018

**Avaliação dos registros da equipe de enfermagem em um hospital
universitário**

MARIANE DA ROCHA MARQUES

PAULA ISABEL ALVES VIANA

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF. DRA. FLÁVIA JANÓLIO COSTACURTA PINTO DA SILVA

ENFERMEIRA MSc. CÍCERA EUGÊNIA PEREIRA DA SILVA

ENFERMEIRA MARIA JOSIENE MENEZES TELES

CONCEITO FINAL: _____

Avaliação dos registros da equipe de enfermagem em um hospital universitário

Evaluation of nursing records in a public university hospital

Evaluación de los registros de enfermería en un hospital universitario

Autores: Flavia Janólio Costacurta Pinto da SILVA; Mariane da Rocha MARQUES; Paula Isabel Alves VIANA.

Resumo: Objetivo: avaliar a completude dos Registros de Enfermagem em um Hospital Universitário de Sergipe. Método: trata-se de um estudo transversal, descritivo, documental e com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Universitário, com dois períodos de avaliação, ambos no ano de 2017. Para análise usou-se a estatística descritiva. Resultados: as categorias apresentaram percentuais com variação de 0-100%, em sua maioria nos critérios incompleto e não preenchido. Conclusão: revelou-se lacunas no preenchimento dos registros de enfermagem. Descritores: História da Enfermagem; Registros de Enfermagem; Processos de enfermagem; Sistemas de Informação; Conhecimento; Enfermagem Perioperatória.

Abstract: Objective: to evaluate the completeness of Nursing Registries in a University Hospital of Sergipe. Method: This is a cross-sectional, descriptive, documental study with a quantitative approach, carried out in a University Hospital, with two evaluation periods, both in 2017. Descriptive statistics were used for analysis. Results: Conclusion: the categories presented percentages with variation of 0-100%, mostly in the incomplete and unfilled criteria. Conclusion: there were gaps in filling nursing records. Descriptors: History of Nursing; Nursing Records; Nursing Process; Information Systems; Knowledge; Perioperative Nursing.

Resumen: Objetivo: evaluar la completitud de los Registros de Enfermería en un Hospital Universitario en Sergipe. Método: se trata de un estudio transversal, descriptivo, documental y con abordaje cuantitativo, realizado en un Hospital Universitario, con dos períodos de evaluación, ambos en el año de 2017. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: las categorías presentaron porcentajes con variación de 0-100%, en su mayoría en los criterios incompletos y no rellenados. Conclusión: se revelaron huecos en el relleno de los registros de enfermería. Descriptores: Historia de la Enfermería; Registros de Enfermería; Procesos de enfermería; Sistemas de Información; Conocimiento; Enfermería Perioperatoria.

Sumário

1. Introdução.....	6
2. Método	7
3. Resultados.....	8
4. Discussão.....	13
5. Conclusão.....	20
6. Referências.....	22
7. Anexo I.....	23

Introdução

Embora o registro de enfermagem imponha-se como obrigação legal e ética, em sua prática clínica diária o profissional muitas vezes não registra o seu processo de trabalho, de forma que as informações sobre o estado do cliente são perdidas ou são incompletas¹. Esta situação favorece, assim, a diminuição da visibilidade do trabalho da equipe e também da qualidade da assistência, já que inviabiliza a tomada de decisões clínicas a respeito do estado de saúde do paciente².

Ratifica-se então que anotar as informações em prontuário não é apenas uma atitude pessoal do enfermeiro, técnico ou auxiliar, já que delimita as responsabilidades do profissional de enfermagem, a saber: planejar, organizar, executar e avaliar os serviços prestados³. Possibilitar-se-á, portanto, a continuidade do cuidado, visto que todos os profissionais poderão ter acesso aos dados dos pacientes, seja por meio tradicional ou eletrônico⁴.

Além de servir como parâmetro de qualidade e facilitador de evidência legal, ensino, pesquisa e auditoria⁵, os registros de enfermagem são indispensáveis à segurança do paciente, política esta que assegura excelência no cuidado uma vez que proporciona a identificação de forças e fraquezas da assistência prestada e assim a implementação de estratégias específicas e fundamentais ao serviço⁶.

Ainda que a essência da profissão seja o cuidado integral, percebeu-se, num estudo realizado em dois hospitais da cidade de Maceió/Alagoas que os registros priorizavam as técnicas e procedimentos exercidos em detrimento dos outros aspectos do cuidado biopsicossocial⁷. Ademais, quando tais anotações constavam em prontuário, elas se mostravam incompletas. Tal realidade reflete a necessidade emergente de capacitar a

equipe para a efetivação dos registros, a fim de que sejam realizados com clareza, objetividade, frequência e completude, requisitos essenciais à qualidade dos mesmos ¹

Assim, a adequação dos registros às normas vigentes que os regem possibilita minimizar as falhas de assistência e possíveis iatrogenias decorrentes da falta de comunicação entre os profissionais, bem como favorece um maior inter-relacionamento entre a equipe de saúde.

Diante da importância do registro de enfermagem frente à qualidade da assistência e à visibilidade da equipe quanto ao cuidado prestado, o presente estudo tem por objetivo avaliar a completude dos Registros de Enfermagem em um Hospital Universitário de Sergipe.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, documental com abordagem quantitativa, realizado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFS, sob a CAAE: 65087217.4.0000.5546. Foi realizado no Hospital Universitário (HU), instituição vinculada à Universidade Federal de Sergipe (UFS), cuja equipe de enfermagem durante o período do estudo era composta por 69 enfermeiros e 334 profissionais do nível médio, distribuídos nos três turnos de trabalho.

O presente estudo é uma continuidade do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe no período de 2016.2.

Foram objetos de análise 198 prontuários com os seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes internados no mês de maio e agosto do ano de 2017, nas unidades Clínica Médica I (CM1), Clínica Médica II (CM2), Clínica Cirúrgica (CCIR), Clínica Pediátrica (CPED) e Unidade de Terapia intensiva (UTI).

A amostra foi por conveniência, sendo avaliados em cada período de coleta, 20

prontuários em cada unidade de internamento; excluindo-se prontuários referentes a pacientes que não passaram pelo menos 3 turnos (manhã, tarde e noite) consecutivos na sua respectiva unidade.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o Formulário para Auditoria das Anotações de Enfermagem⁸ (ANEXO I), o qual é estruturado em três categorias: a primeira se refere aos Dados de Identificação do Paciente, composta por três perguntas; a segunda é composta por 9 itens, que se referem aos Procedimentos de Enfermagem; e a terceira categoria é alusiva às Anotações de Enfermagem, composta por 12 questões.

Durante os meses de junho e julho de 2017 ocorreu no HU capacitações oferecidas pelo Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE), da própria instituição, com o tema central *Registros de Enfermagem*, de modo que o presente estudo, posteriormente à análise de cada sessão do formulário, usando como ferramenta a estatística descritiva, avaliará a completude de informações registradas pela equipe de enfermagem em dois momentos distintos.

Resultados

Nos meses de maio e agosto foram objetos de estudo 20 prontuários de cada uma das cinco unidades de internação, em cada referido período. Com exceção da UTI, visto que no mês de maio dois prontuários não se adequavam aos critérios de inclusão. Os vinte prontuários das unidades foram analisados nos turnos manhã, tarde e noite, totalizando 60 registros avaliados em cada mês de estudo.

No que concerne a categoria – Identificação do Paciente, analisou-se três itens: 1 - identificação correta, 2- identificação completa e 3- registro das informações contidas nas prescrições de enfermagem conforme recomendação do COFEN⁵. Em cada item, foi avaliado se os registros estavam completos, incompletos, incorretos e não preenchidos.

Verificou-se que nos achados referentes a categoria 1, nos itens 1 e 2 não foram encontrados registros não preenchidos, fato que exclui essa variável das análises. Já na Tabela 2 o critério - incorreto - por conterem dados pouco significativos, foram retirados das análises.

Quanto aos registros de identificação correta referente ao nome completo, data de nascimento, nº de prontuário e data de internação, as Clínicas Médicas I e II, Clínica Cirúrgica e a Unidade de Terapia Intensiva apresentaram percentuais de completude próximos a 100% nos dois períodos pesquisados, com exceção da Clínica Pediátrica, conforme Gráfico 1.

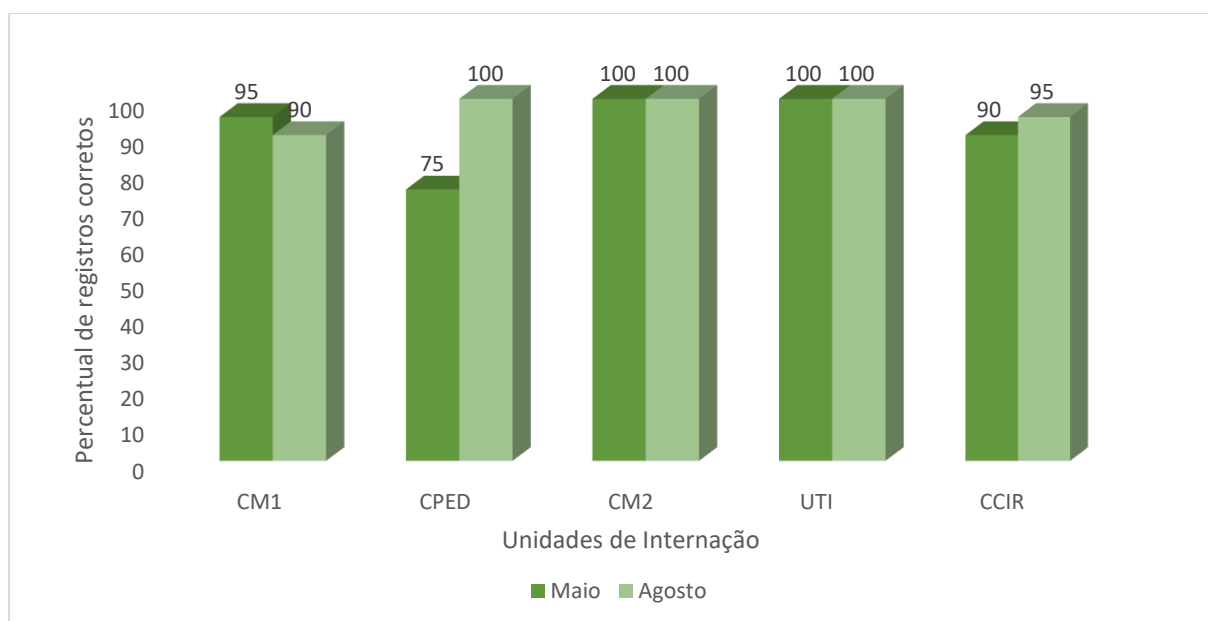


Gráfico 1: Distribuição do percentual do registro dos dados corretos de identificação, segundo o período de coleta por unidade de internação. Aracaju, 2017

No item 2 todas as unidades de internamento apresentaram percentuais de incompletude superiores a 70% no mês de maio, porém, após a realização da capacitação da equipe em relação aos registros de enfermagem, em agosto, verificou-se que o percentual de incompletude variou de 35 a 55% em todas as unidades, com exceção da UTI, conforme Gráfico 2.

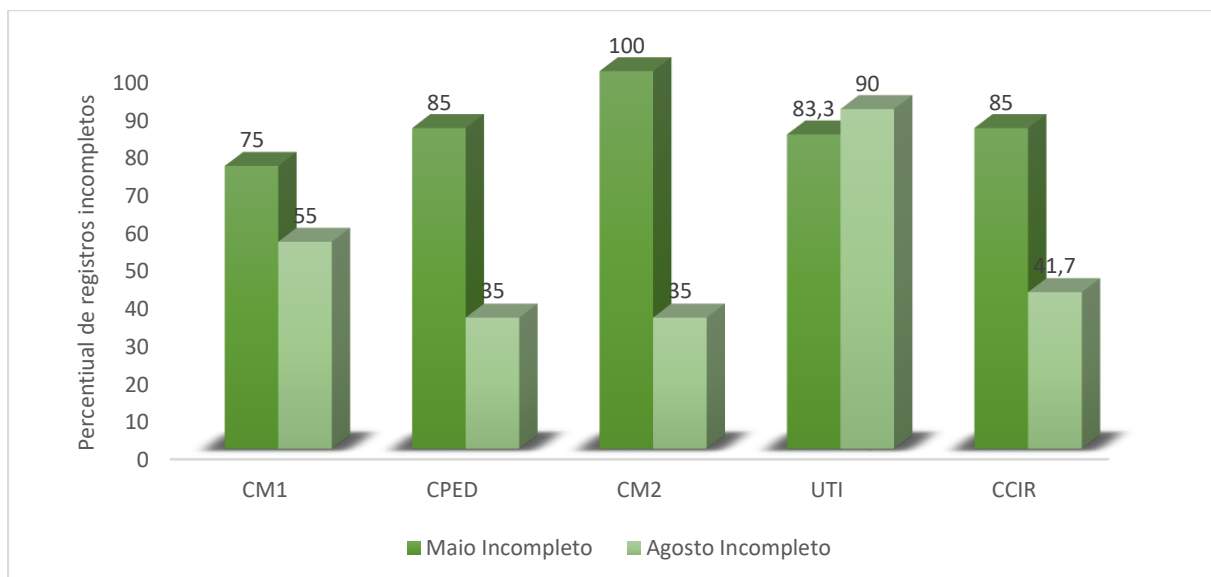


Gráfico 2: Distribuição do percentual do registro dos dados de identificação do paciente incompletos, segundo o período de coleta por unidade de internação. Aracaju, 2017

Acerca do item 3 *Prescrição de enfermagem tem data, horário, nº coren e assinatura* da categoria, a Unidade de Terapia Intensiva é a única unidade capaz de gerar dados para avaliação, visto que possui implantado o Processo de Enfermagem documentado com Diagnóstico e Prescrição. Em maio, verificou-se que 100% dos prontuários estavam completos, enquanto que no mês de agosto houve uma diminuição no percentual destes dados para 80%, enquanto que o valor do critério - não preenchido, alcançou 20% das informações.

Na categoria 2, referente aos registros dos procedimentos de enfermagem, observa-se na Tabela 1 que no critério - completo - apenas o item 3, relacionado a documentação dos sinais vitais, apresentou percentual superior a 80%. Os demais itens variaram entre 6.5% a 68.3%, sendo o menor valor no mês de maio e o maior no mês de agosto. O critério - não preenchido - do mês de maio apresentou nos 9 itens avaliados uma variação de 1.4% - 92.5%, enquanto que no mês de agosto a variação foi de 0% - 84%.

Tabela 1– Distribuição das frequências, segundo os procedimentos de enfermagem internado no HU-UFS. Aracaju, 2017

Pergunta	Período avaliado	Critérios de avaliação				
		Completo N (%)	Incompleto N (%)	Não preenchido N (%)	Incorreto N (%)	Não se aplica N (%)
1.Há registro de higiene oral 3 vezes ao dia?	MAIO	19(6,5)	2(0,7)	272(92,5)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	47(15,7)	-----	252(84)	-----	1(0,3)
2.Há registro de higiene corporal diária?	MAIO	73(24,8)	8(2,7)	212(72,1)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	81(27)	-----	218(72,7)	-----	1(0,3)
3.Há registro de sinais vitais 3 vezes ao dia?	MAIO	250(85)	34(11,6)	9(3)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	271(90,3)	27(9)	1(0,3)	-----	1(0,3)
4.As micções foram controladas e anotadas?	MAIO	84(28,6)	65(22,1)	144(49)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	140(46,7)	69(23)	90(30)	-----	1(0,3)
5.As evacuações foram controladas e anotadas?	MAIO	70(23,8)	49(16,7)	174(59,1)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	106(35,3)	35(11,7)	158(52,7)	-----	1(0,3)
6.A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?	MAIO	50(17)	17(5,8)	226(76,9)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	89(29,7)	5(1,7)	205(68,3)	-----	1(0,3)
7.A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	MAIO	141(47,9)	77(26,2)	75(25,5)	-----	1(0,3)
	AGOSTO	205(68,3)	61(20,3)	32(10,9)	1(0,3)	1(0,3)
8.Os procedimentos invasivos foram controlados foram anotados e datados?	MAIO	128(43,5)	37(12,6)	122(41,5)	-----	7(2,4)
	AGOSTO	166(55,3)	6(2)	127(42,3)	-----	1(0,3)
9.As anotações de procedimentos controlados, possuem carimbo/rubrica?	MAIO	50(17)	238(80,9)	4(1,4)	1(0,3)	1(0,3)
	AGOSTO	138(46)	161(53,7)	-----	-----	1(0,3)

A categoria 3 –Anotações de Enfermagem - exposta na Tabela 2, reflete a média do hospital considerando todas as 05 unidades analisadas. Percebe-se que anotações descritivas estavam presentes em 96.3% dos registros após o treinamento realizado. Os cuidados de enfermagem foram registrados completamente em cerca de 47% dos prontuários, porém após o treinamento realizado no hospital, o índice de registros não preenchidos passou de 6.7% para 0.7%, enquanto cresceu o percentual de registros incompletos, cuja porcentagem passou de 45.8% a 48%.

Os registros sobre sinais e sintomas dos pacientes apresentaram 71.7% de dados completos em agosto, e diminuiu o percentual de incompletos e não preenchidos, 9.6% e 18.7% respectivamente. Anotações referentes a pré-operatório foram registradas em 21.7% dos prontuários, e em 78.3% dos casos foram considerados a classificação – não se aplica. Dentre os registrados, 1.7% se encontravam completos em maio enquanto 4.7% em agosto.

Tabela 2– Percentual dos registros referentes as anotações de enfermagem do mês de maio e agosto de 2017 do HU-UFS

<i>Meses</i>	Correto (%)	Incompleto (%)	Não preenchido (%)	Incorreto (%)
Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão?				
<i>Maio</i>	89.6	8.70	1	0.7
<i>Agosto</i>	96.3	1.7	2	0
Há horário e rubrica em cada anotação?				
<i>Maio</i>	54.3	44	0.7	1
<i>Agosto</i>	66.7	33	0.3	0
As anotações evidenciam prestação de cuidados de Enfermagem?				
<i>Maio</i>	47.15	45.8	6.7	0.3
<i>Agosto</i>	51.3	48	0.7	0
As anotações evidenciam sinais e sintomas?				
<i>Maio</i>	56.4	17.5	26.1	0
<i>Agosto</i>	71.7	9.6	18.7	0
As anotações evidenciam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, estudante)?				
<i>Maio</i>	70	21	9	0
<i>Agosto</i>	82.7	16.7	0.6	0
Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência, alta ou óbito?				
<i>Maio</i>	39	11	26.4	0
<i>Agosto</i>	37.3	8	40.7	0
Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios?				
<i>Maio</i>	1.7	6.3	13.7	0
<i>Agosto</i>	4.7	3	14	0
Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios?				
<i>Maio</i>	4.6	9.7	15.8	0
<i>Agosto</i>	8	9	17.3	0
Há anotações referentes a intercorrências?				
<i>Maio</i>	16.7	12.6	70.7	0
<i>Agosto</i>	12.7	0	87.3	0
Aspecto e evolução de lesões cutâneas?				
<i>Maio</i>	11.6	7.7	78.4	0
<i>Agosto</i>	27.3	1.7	69.7	0
Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas?				
<i>Maio</i>	3	26	71	0
<i>Agosto</i>	0	20	80	0
As anotações indicam as condições emocionais do paciente?				
<i>Maio</i>	61.9	10.7	27.4	0
<i>Agosto</i>	74	0.7	25.3	0

Cerca de 30% dos prontuários adequavam-se ao preenchimento de informações sobre pós-operatório, e 70% dos casos consistiam em – não se aplica. Daquele percentual, aproximadamente 15% não foram preenchidos e mais de 9% estavam incompletos. Os dados sobre intercorrências variaram entre 70.7% e 80.3% na classificação – não preenchido – nos dois períodos observados. Depreende-se também das anotações de enfermagem que os estados biopsicossociais dos pacientes foram registrados num percentual de 61.9% em maio e 74% em agosto. Todavia, as prescrições relacionadas ou não são registradas, em 80% dos casos, ou o são de forma incompleta, correspondendo a 20%.

Discussão

Na categoria – Identificação do Paciente, o item *identificação correta*, expresso no Gráfico 1, mostrou que a Clínica Pediátrica apresentou, no mês de maio, 75% de dados corretos, sendo, portanto, a única unidade que não gerou o percentual acima de 90% no referido mês. Em contrapartida, foi a que demonstrou a melhora mais significativa em agosto, pois 25% a mais de dados corretos foram verificados no segundo período de coleta, totalizando 100%. A Clínica Médica I, no entanto, apresentou uma piora de 5% no registro correto dos dados: no mês de maio foi observado que 95% deles estavam corretos, enquanto que no mês de agosto o percentual foi de 90%. Essa alteração entre clínicas mostra que apesar de as capacitações terem sido realizadas, nem todas as unidades apresentaram a mesma receptividade, sendo necessária a criação de estratégias específicas para cada uma delas.

O resultado de um estudo realizado durante dois anos consecutivos, que propôs estratégias de educação em serviço para elevar o percentual da taxa de adesão dos servidores na conferência da pulseira de identificação, mostrou que em apenas um mês houve percentual acima de 94,3%⁹. Tal fato sugere que o monitoramento contínuo da assistência é um fator essencial para servir de base durante a criação de estratégias afim

de melhorar a assistência do paciente ou até mesmo como uma forma de sinalizar a necessidade de reformular uma estratégia já em prática.

Dados de Identificação corretos e completos relacionam-se intrinsecamente com a Segurança do Paciente, visto que, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº36/2013¹⁰, a gestão de risco engloba o desenvolvimento de estratégias de segurança na administração medicamentosa bem como comunicação efetiva da equipe de saúde. Logo, se existe uma lacuna de informação a respeito da identificação do paciente, a administração errada de medicamentos a um usuário sem indicação para os mesmos pode ocorrer com uma frequência maior. A maior ocorrência de iatrogenias, em vista disso, não favorece a Cultura de Segurança almejada pelos padrões de assistência atuais e poderiam ser evitadas com uma simples, porém eficiente, conferência de nome completo e número do registro institucional do paciente.

Acerca do item *identificação completa*, representado no Gráfico 2, o mês de maio apresentou uma variação entre 75-100% de incompletude dos registros realizados nas unidades, já em agosto, ela ocorreu entre 35-90% o que mostra uma importante melhora da qualidade das anotações e também sugere a receptividade da equipe quanto ao treinamento. Nesse contexto, a Clínica Médica II destaca-se como unidade com efetiva melhora dos registros, uma vez que 100% de dados incompletos foram obtidos no mês de maio, enquanto que, em agosto, apenas 35% apresentaram tal incompletude. Das 5 unidades avaliadas apenas a Unidade de Terapia Intensiva apresentou uma piora, com 83.3% no mês de maio para 90% no mês de agosto. Esta realidade levanta a questão de que somente uma capacitação foi suficiente para apresentar uma melhora significativa em 4 unidades, apesar de tal estratégia ter se mostrado ineficiente na UTI.

No item 3 da categoria 1, *Prescrição tem data, horário, n° Coren e assinatura*, a Unidade de Terapia Intensiva, mostrou no critério – completo– uma diminuição de 100%

no mês de maio para 80% no mês de agosto. Ademais, 20% dos dados no mês de agosto se enquadraram no critério –não preenchido– o que leva ao questionamento do que poderia ter acontecido para uma variação tão significativa, por conta do aumento do percentual de dados não preenchidos ter ocorrido após a realização do treinamento. A relevância dos cuidados devidamente documentados consiste, portanto, na ideia de que a credibilidade da assistência de enfermagem perante a Justiça só é alcançada se as informações do prontuário traduzem as ações dos profissionais junto ao paciente. Assim, registrar é não somente um hábito a ser desenvolvido, mas, sobretudo, uma obrigação profissional e ética, e que favorece o respaldo legal à equipe¹¹. Desta forma, o cuidado não registrado permite que o profissional responda judicialmente por imprudência, imperícia ou negligência, já que não se pode comprovar a execução das intervenções.

A forma de documentação do cuidado de enfermagem mais conhecida é o registro da assistência no prontuário do paciente. A categoria 2 do presente estudo - Procedimentos de Enfermagem - com dados expressos na Tabela 1, mostrou uma representativa porcentagem no critério de avaliação – não preenchido. Subtende-se, por conseguinte, que se não foram registrados, os procedimentos não foram realizados. Após a capacitação, foi verificada uma melhora em 7 dos 9 itens analisados, mas no geral não foi o esperado. Como destaque positivo, verificou-se uma elevação no percentual de registros completos dos sinais vitais, passando de 250(85%) para 271(90.3%) nos meses de maio e agosto respectivamente. Dentre os demais itens, o maior valor de completude nos registros foi referente ao item *ingestão de alimentos foi controlada e anotada*, que alcançou 205(68.3%) registros completos no mês de agosto. Sendo que o menor percentual em ambos os períodos de coleta, no critério de avaliação completo, foi no item relacionado a *higiene oral* com 19(6.5%) no mês de maio e 47(15.7%) no mês de agosto.

Uma revisão integrativa identificou que há uma positividade quando se avalia a qualidade da assistência por meio dos registros da equipe de enfermagem visto que revela ao gestor as fragilidades e potencialidades dos cuidados prestados pela equipe, assim como a efetividade das ações propostas para a melhoria da assistência¹². Diante disso, fica evidente que a análise dos registros não deve ocorrer pontualmente na instituição, mas sim de forma continuada e sistemática para o melhor acompanhamento dos resultados.

As Anotações de Enfermagem, categoria 3 do instrumento de coleta, devem representar um reflexo seguro das condições do paciente, seu estado de saúde, as suas necessidades de cuidado, evolução do quadro clínico e as intercorrências presentes no processo do cuidar. Ou seja, é imprescindível que o olhar de avaliação clínico-científica do profissional e as suas intervenções estejam presentes nas anotações em prontuário, a fim de garantir a comunicação entre a equipe e assim a qualidade e continuidade do cuidado. Contudo, nota-se que os profissionais das unidades analisadas se limitam a registrar o cumprimento de ordens médicas, como administração de medicamentos, e, por vezes negligenciam as avaliações e intervenções de enfermagem.

A análise dos prontuários incluídos no estudo explicita também que poucas anotações foram registradas pelo enfermeiro acerca da evolução do paciente em impressos para registro de evolução multidisciplinar, com exceção da Unidade de Terapia Intensiva, a qual o julgamento deste profissional se faz relevante junto a toda equipe de saúde. Esta é uma realidade que deve ser rapidamente alterada, visto que estudos recentes trazem a Evolução de Enfermagem como método conceitual e técnico para o exercício da profissão de maneira científica e ética¹³.

Para fins de análise, pode-se subdividir os itens avaliados na categoria supracitada em três grandes grupos: A, B e C. O primeiro refere-se aos registros que apresentaram melhora significativa de dados corretos após a capacitação em serviço. Deste grupo fazem parte

os itens a seguir: 1- Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão?; 2- As anotações evidenciam sinais e sintomas?; 3- As anotações evidenciam quem prestou o cuidado?; 4- As anotações indicam as condições emocionais do paciente?

No grupo B estão representados os itens que apresentaram discreta melhora dos registros, mas ainda com alto índice de incompletude e/ou ausência de anotação, a saber:

1- Há horário e rubrica em cada anotação?; 2- As anotações evidenciam prestação de cuidados de Enfermagem?; 3- Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios?; 4- Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios?; 5- Aspecto e evolução de lesões cutâneas.

O terceiro grupo (C) apresenta itens que mesmo após a capacitação, apresentaram piora na qualidade dos registros, com a diminuição do percentual de dados corretos do prontuário. Deste grupo participa os itens 1- Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência, alta ou óbito?; 2- Há anotações referentes a intercorrências?; 3- Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas?

Grupo A

Apesar do alto percentual - 89.6 em maio e 96.3% em agosto- de anotações descritivas nos prontuários, notou-se uma repetição de informações relatadas pelos profissionais, o que sugere uma possível reprodução automática de informações ou ainda uma abordagem superficial dos pacientes pelos profissionais.

O item 2 demonstra uma diminuição nos percentuais dos critérios - não preenchido e incompleto- com o aumento para mais de 70% de dados corretos. Evidencia-se, portanto, que a capacitação surtiu efeito, porém não foi suficiente para a completa mudança de atitude dos profissionais a não realizar o registro de forma adequada. É necessária, pois, uma intervenção dos gestores da instituição, afinal estas informações fornecem o arcabouço para a tomada de decisões e avaliação da resposta do paciente ao tratamento¹⁴.

As condições emocionais do paciente apresentaram melhora no registro correto, alcançando percentual de aproximadamente 70%. A Clínica Pediátrica, contudo, apresentou piora do registro de dados completos, passando de 73.3% em maio para 58.3% no mês de agosto. Este achado evidencia prestação de cuidados não baseados em evidências científicas, uma vez que as pesquisas mais recentes sinalizam a importância de reconhecer as necessidades emocionais da criança hospitalizada e do seu familiar¹⁵. Desta forma, torna-se urgente a capacitação dos profissionais para o atendimento e registro das necessidades psicossociais.

GRUPO B

Apesar da melhora verificada nos registros, percebeu-se que em nenhum dos itens do grupo o percentual de dados corretos foi superior a 70%, alcançando no mês de maio o menor índice - 1.7%, referente a anotações sobre o pré-operatório - e, no mês de agosto, o maior - 66.7%, alusivo à anotação com horário e rubrica. Notou-se também que ainda existe grande percentual de informações incompletas, as quais variaram entre 1.7% e 48%, ambas em agosto. Essa realidade não garante a segurança na assistência, já que a comunicação entre a equipe se torna comprometida. Neste contexto, a identificação de fatores prejudiciais ao paciente, tão necessária à cultura de segurança das instituições, não é alcançada em sua totalidade⁶.

No que concerne ao item 2 *registros de cuidados de enfermagem*, 48% de incompletude é um achado expressivo e preocupante, visto que a profissão tem como bases teóricas e epistemológicas o cuidar do ser humano na sua singularidade e pluralidade¹⁶. Portanto, se o profissional não registrou sua intervenção, subentende-se que ele não a realizou, ou seja, o cuidado não foi exercido. Assim, uma equipe que não cuida do paciente afasta-se da essência da profissão, e a torna desnecessária à sociedade e sua posterior desvalorização.

O registro de cuidados pré e pós-operatórios foi necessário em 21.7- 34.3% dos prontuários, porém a grande maioria deste percentual correspondeu ao critério - não preenchido. Verificou-se apenas 1.7% e 4.6% de dados corretos- pré e pós-operatório, respectivamente- sobre o paciente cirúrgico no mês de maio, e mesmo após a capacitação em serviço esse percentual não se elevou consideravelmente. Embora a importância do registro de tais informações seja essencial ao conhecimento das necessidades biológicas e emocionais do paciente submetido à cirurgia, muitos estudos ainda sinalizam que é uma documentação incompleta e superficial². Deve-se, então, identificar os fatores críticos para esta atitude do profissional e assim intervir corretamente para a mudança de conduta da equipe.

Em relação ao item lesão de pele a permanência prolongada no hospital associada a diversas comorbidades favorece o aparecimento de hiperemias e lesões de pele no paciente. Desta forma, a Enfermagem deve registrar corretamente as alterações desde grande órgão a fim de que as medidas preventivas ou curativas possam ser aplicadas¹⁷. Entretanto, o estudo demonstrou que o não preenchimento desta informação alcançou 78.4% no mês de maio e após a capacitação, apenas 27.3% dos dados se encontraram corretos. De tal modo, a assistência integral ao paciente torna-se comprometida.

GRUPO C

Depreende-se do estudo que apesar de a capacitação em serviço ter ocorrido em todas as unidades de internação, ela ainda não assegurou registros completos ou melhora significativa na qualidade dos mesmos. Ao contrário, apresentou piora em anotações referentes a *admissão, alta, transferência e óbito* bem como a ausência ou presença de *intercorrências*. Evidencia-se, conseqüentemente, que a continuidade da assistência permanece prejudicada, já que a documentação é essencial ao compartilhamento de

informações a respeito da situação de saúde do paciente e das intervenções indispensáveis realizadas pelos profissionais¹¹.

O cuidado, para a Enfermagem, é um objeto de estudo que envolve ciência e arte, e, deste modo, permeia a aplicação das técnicas, procedimentos e também o atendimento humanizado de necessidades psicossociais e afetivas. Porém, percebeu-se que na instituição estudada mais de 70% dos prontuários não constaram nenhuma prescrição quanto aos aspectos emocionais do paciente nos meses de maio e agosto. Ademais, após realização de estratégias para melhorar a qualidade dos registros nenhum deles apresentou, em agosto, qualquer intervenção neste aspecto.

Assim, percebe-se que os registros não realizados sinalizam as mazelas do serviço prestado pela equipe e com isso indicam a realidade que precisa ser modificada para se alcançar a assistência humanizada e integral. Espera-se, com isso, que a Enfermagem seja capaz de cuidar do ser humano não somente no seu contexto biofisiológico, mas também psicossocial¹⁶.

Conclusão

Considerando os achados, em ambos os períodos estudados, foram reveladas lacunas na totalidade de itens avaliados nos registros. A representativa incompletude de informações revela que a assistência prestada pela equipe de enfermagem não garante segurança para o paciente e/ou profissional de saúde, tampouco a continuidade do cuidado. Assim, percebe-se que o prontuário não é uma fonte fidedigna de informações.

A capacitação em serviço realizada na instituição melhorou a completude dos registros, mas ficou evidente que somente essa ação não foi suficiente para atingir os resultados com percentuais que reflitam sua efetividade. Percebe-se, então, a necessidade de que os gestores coloquem em prática outras ações que complementem a estratégia proposta.

A otimização de tempo é crucial para uma assistência eficiente e de qualidade, o que torna lógico pensar que quanto maior a quantidade de dados conferidos, maior será a taxa de segurança. Não obstante, quanto maior a quantidade de dados, maiores são as chances de que, durante o preenchimento da documentação, alguns deles não sejam contemplados ou que sejam preenchidos de forma incompleta. Assim, o treinamento e monitoramento contínuos são essenciais ao aperfeiçoamento dos registros, e consequentemente, à obtenção de prontuários cujas anotações reflitam o real estado do paciente.

Referências

1. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Peluci APVD. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução de pacientes. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e53927

2. Søndergaard et al. Danish Perioperative Nurses' Documentation: A Complex, Multifaceted Practice Connected With Unit Culture and Nursing Leadership. *AORN Journal*, July 2017, Vol. 106, No. 1
3. Brasil. Leis e Decretos. Lei 7498, de 25 de Junho 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 9 de junho de 1987.
4. Brasil. Resoluções. Resolução 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília: Diário Oficial da União de 08 de junho de 2012.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Portal do COFEN. [Citado em 2018 Fev. 11]. Disponível em < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>
6. Golle L, Ciotti D, Herr GEG, et al. Culture of patient safety in hospital private. *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./ mar.; 10(1):85-89.DOI: < <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2018.v10i1.85-89> >
7. Silva TG et al. Conteúdo dos Registros de Enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm. Foco* 2016; 7 (1): 24-27
8. Haddad, MCL. Qualidade da assistência de enfermagem - o processo de avaliação em hospital público. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.
9. Hemesath, M. P. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Revista Gaúcha Enferm.* 2015 dez; 36(4):43-8
10. Brasil. Resoluções. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Dispõe sobre ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências Diário oficial da união, 25 de julho de 2013
11. Diniz SOS, Silva PS da, Figueiredo NMA de et al. Qualidade dos registros de enfermagem: Reflexões analíticas em sua forma e conteúdo. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(10):9616-23, out., 2015
12. Krauzer, IM et al. Registros de enfermagem sob a ótica de uma revisão integrativa. *J Nurs Health*. 2015; 5(1): 68 - 79.
13. Lima OJL, Lima ARA. Realização da evolução de enfermagem em âmbito hospitalar: uma revisão sistemática. *J Nurs Health*. 2017;7(2): e177302
14. Bragas, LZT. A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde: Estudo em hospital na região noroeste do RS. Porto Alegre. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em gestão de saúde]; 2015
15. Quirino DD, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):300-6
16. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(6):1172-7. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>>
17. Nascimento DC et al. Registro de lesão por pressão: O que é abordado? *Hosp Univ HUPE*, 15, n. 4, out-dez/2016

ANEXO I

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. Os dados de identificação do paciente estão corretos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, clínica e número de atendimento.	
2. Os dados de identificação do paciente estão completos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, data, clínica e número de atendimento.	
3. Prescrição tem data, horário, nº Coren e assinatura?	Considerar a data, horário de elaboração, nome, número de Coren e assinatura da(o) enfermeira(o) que elaborou a prescrição de enfermagem.	

HADDAD, 2004

III. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. Há registro de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia.	
2. Há registro de higiene corporal diária?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene corporal pelo menos uma vez ao dia.	
3. Há registro de sinais vitais, pelo menos três vezes ao dia?	Deve existir controle de sinais vitais completo (pressão arterial, frequência cardíaca, pulso, temperatura e frequência respiratória) pelo menos 3 vezes ao dia, nos horários preconizados pelo grupo GEMA.	
4. O peso é controlado e anotado, uma vez ao dia, quando necessário?	Pacientes com cardiopatias, hepatopatias e com insuficiência renal, devem ter registro de controle do seu peso diariamente.	
5. As micções foram controladas e anotadas?	As micções foram registradas quanto a frequência e/ou volume, conforme determinado na prescrição de enfermagem, no período de 24 horas.	
6. As evacuações foram controladas e anotadas?	As evacuações foram registradas quanto a frequência e aspecto, conforme prescrição de enfermagem.	
7. Há registro de episódios eméticos?	Há registro de episódios eméticos tanto na parte anterior (anotações de enfermagem) como no verso da prescrição de enfermagem.	
8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?	Foi anotado no verso da prescrição de enfermagem a quantidade de líquidos que o cliente ingeriu nos três períodos: manhã, tarde e noite.	
9. Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	Há registro da data que os procedimentos invasivos foram realizados pelas equipes médica e de enfermagem.	
10. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	Há anotações no verso da prescrição de enfermagem e nos relatórios dos turnos. São descritos as quantidades da aceitação alimentar e o tipo de alimento ingerido de acordo com os horários determinados na prescrição de enfermagem. Caso haja anotação somente no verso da prescrição deve ser considerado.	
11. A Prescrição de enfermagem indica cuidados para exames e pré-operatórios?	A prescrição de enfermagem possui informação sobre data e horário de exames que serão realizados, conforme prescrição médica e agendamento. Há prescrição dos cuidados necessários para a realização de exames e procedimentos pré-operatórios.	
12. A Prescrição de enfermagem indicam cuidados pós- exames e pós-operatórios?	Há prescrição dos cuidados de enfermagem imediatos, necessários após a realização de cirurgias e exames.	
13. As anotações dos procedimentos controlados, possuem rubrica?	Os procedimentos preenchidos no verso da prescrição de enfermagem referentes às anotações dos SSVV, diurese, evacuação, drenos, sondas, (alimentação) possuem rubrica no campo destinado a este fim, pelo profissional que o executou em seu respectivo horário.	

HADDAD, 2004

IV. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS			
1. Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão.	Deve haver em cada turno, pelo menos uma anotação de enfermagem, referente as condições gerais do paciente. O registro de intercorrências deve permitir a identificação dos problemas apresentados pelo paciente, bem como quais condutas foram tomadas e o resultados desses procedimentos.				
2. Há horário e rubrica em cada anotação.	Cada anotação de enfermagem (por turno e intercorrência) contém o horário em que foi realizada assim como a rubrica do profissional que a executou.				
3. As anotações respondem aos itens da prescrição?	As anotações de enfermagem respondem aos itens da prescrição de enfermagem referentes as intercorrências na execução dos atendimentos, observação de sinais e sintomas, alterações do estado do paciente, aspecto de lesões e alterações de exames físicos, etc..				
4. As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem.	As anotações de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade.				
5. As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas.	As anotações de enfermagem além de responder ao item de identificação de sinais e sintomas, também relatam outras observações referentes ao paciente.				
6. As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem).	Cada item da prescrição de enfermagem possui rubrica indicando a categoria profissional do indivíduo que realizou o cuidado. Há carimbo de identificação do profissional.				
7. Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência alta ou óbito.	Há anotação de enfermagem referente a admissão, transferência alta ou óbito do paciente, elaborada pela enfermeira(o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Devem estar explícito as informações referentes as alterações detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc. e programação e / ou agendamento de exame, cirurgias ou outro procedimento.				
8. Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de aproximadamente 18 horas ou conforme indicação cirúrgica.				
9. Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pós-operatórios conforme necessidade do paciente.				
10. Há anotações referentes a intercorrências.	Existem anotações ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e ou relato da ação tomada para sanar este problema.				
11. Aspecto e evolução de lesões cutâneas.	Os relatos de lesões cutâneas indicam a área e tamanho da lesão, tipo de tecidos encontrados na ferida, tipo e quantidade de exsudato observado, produto utilizado para limpeza, tratamento e tipo de cobertura utilizada. Considerar também as anotação referentes a evolução da ferida.				
12. Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas.	Há na prescrição de enfermagem relato de convocação da família a pedido do paciente, ou outras solicitações do paciente.				
13. As anotações indicam as condições emocionais do paciente.	As anotações de enfermagem evidenciam o aspecto emocional do paciente referindo se este se encontrar comunicativo, apático, choroso, queixoso, saudoso, triste, alegre, etc..				

HADDAD, 2004