



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO- EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

MODUS OPERANDI DE REGISTRAR: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.

Rio de Janeiro
2013

SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

***MODUS OPERANDI DE REGISTRAR: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.***

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresa Tonini.

Linha de Pesquisa: O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar em enfermagem.

Rio de Janeiro
2013

Diniz, Samanta Oliveira da Silva.
D585 Modus operandi de registrar: diagnóstico situacional e propostas de intervenção / Samanta Oliveira da Silva Diniz, 2013.
119 f. ; 30 cm.

Orientador: Teresa Tonini.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Enfermagem - Registros. 2. Cuidados de enfermagem - Planejamento. 3. Pesquisa - ação. I. Tonini, Teresa. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73023

SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

***MODUS OPERANDI DE REGISTRAR: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.***

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini.

Linha de Pesquisa: O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar em enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini
Presidente

Prof^ª Dr^ª Lucia Helena Silva Correa Lourenço
1^ª Examinadora (Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ)

Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo
2^ª Examinadora (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Prof^ª Dr^ª Gisela de Carvalho Quelluci
Suplente (Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa- UFF)

Prof^ª Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Dedico a minha mãe querida **Rosa Maria Oliveira da Silva** por seu amor, carinho, dedicação e ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma conquista, dentre tantas outras que Ele tem me permitido viver.

Ao meu amado marido Fábio Diniz, meu amigo, companheiro, confidente. Obrigada por suportar minha ausência dedicada aos estudos e por todas as palavras e atitudes que me fizeram ver que podia contar com você.

À minha família e amigos pelo companheirismo, força e incentivo e por sempre acreditarem em mim. Obrigada pelas orações, abraços, conselhos e carinho.

À minha orientadora Dr^a Teresa Tonini pela dedicação e zelo comigo nesses dois anos. Pela convivência serena, pela parceria e pelos ensinamentos.

Aos amigos e companheiros de turma Aline Luna, Danielle Costa, Fernanda Maria e Paulo Sérgio pelos momentos de aprendizado, discussões e troca de vivências.

À banca examinadora, Prof^a Dr^a Lúcia Helena Silva Correa Lourenço, Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo e Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva pelas valiosas contribuições na construção dessa dissertação.

À Prof^a Ms. Eva Maria Costa e à Prof^a Dr^a Mônica Carreiro pela dedicação e ensinamentos durante o estágio docência.

As chefias de enfermagem e enfermeiras do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), em especial as enfermeiras Maria da Penha, Maria Helena, Stella e Luzia, que tão gentilmente abriram as portas da Instituição e contribuíram para a construção dessa dissertação, certamente sem elas esse estudo jamais seria possível.

Aos funcionários Benedito e Alexsander do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUGG, que com toda gentileza e paciência facilitaram o acesso aos arquivos dos clientes.

À Universidade Unigranrio, na figura da Prof^a Maria de Fátima Nascimento do Amaral, pela compreensão e apoio durante o mestrado.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

RESUMO

Diniz, Samanta Oliveira da Silva. **Modus operandi de registrar: diagnóstico situacional e propostas de intervenção.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2013.

Este estudo teve como objetivos: identificar o processo operacional dos registros da equipe de enfermagem sobre os cuidados prestados; analisar o *Modus operandi* dos registros da equipe de enfermagem sobre os cuidados aos clientes; estabelecer metas e ações interventivas com a equipe para tornar os registros sobre os cuidados de enfermagem mais eficientes e efetivos. Trata-se de uma pesquisa avaliativa mediatizada pela pesquisa-ação. O estudo foi realizado na 10ª enfermaria de um Hospital Universitário no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, com demarcação de três momentos: A entrada no campo de estudo; O Diagnóstico Situacional dos Registros de Enfermagem e a Intervenção-Avaliação. O primeiro momento destinou-se ao contato e encontro com a chefia de enfermagem do hospital. O objetivo do encontro foi a escolha da Unidade/Setor a ser pesquisado. No segundo momento foi realizado um levantamento dos prontuários com vistas à análise preliminar acerca da situação dos registros de enfermagem na unidade de internação. Foram consultados os prontuários dos clientes que estiveram internados no período de 10 de Maio de 2012 à 09 de Junho de 2012. Foram coletados dados de 23 prontuários, resultando em 220 registros realizados por enfermeiras e 406 registros realizados por técnicos/auxiliares de enfermagem. As anotações foram avaliadas, separando-as em eixos de análise, a saber: O registro e sua forma e O registro e seu conteúdo. No eixo Forma dos registros foram encontradas fragilidades relacionadas à ausência de data e hora, rasuras, ilegibilidade, espaço em branco, erro ortográfico, uso indiscriminado de abreviaturas e siglas e ausência de identificação profissional. No eixo Conteúdo dos Registros, sete Componentes dos Cuidados Básicos de Enfermagem segundo Virginia Henderson foram identificados. Percebeu-se deficiência no registro do exame físico mostrando que a equipe de enfermagem cuida de um corpo incompleto e fragmentado (Cabeça, pulmão, abdômen e pernas). Não foram encontradas anotações de diagnóstico de enfermagem, prescrição e avaliação. De posse do diagnóstico situacional dos registros de enfermagem nos prontuários, deu-se início aos encontros para o processo de intervenção-avaliação, quando foi possível aos profissionais conhecer e refletir sobre como estão e como deveriam estar seus registros. A dinâmica de trabalho deu-se por dois encontros de discussão. Foram estabelecidas 3 metas pelas enfermeiras para otimização dos registros, a saber: A uniformização e padronização dos registros; Pautar os cuidados de enfermagem em uma teoria; Oferecer treinamentos para os profissionais. Ao final deste estudo pode-se afirmar que houve um momento de reflexão sobre a necessidade e a importância dos registros. Certamente, o cuidado prestado engloba muito mais do que se registra, entretanto a qualidade dos registros encontra-se aquém do que é preconizado como padrão-ouro.

Palavras-chaves: Registros de enfermagem; Pesquisa-ação; Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

Diniz, Samanta Oliveira da Silva. ***Modus operandi* of records: situational diagnosis and intervention proposals.** Dissertation (Master in Nursing). Federal University of the State of Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2013.

This study aims to identify the operational process of records from nursing team about nursing care; analyze the *Modus operandi* of records from team nursing care about customers, establish goals and actions intervening with staff nursing to make records of nursing care more efficient and effective. It is an evaluative research mediated by action research. The study was conducted in the 10th ward of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. Data collection was performed after approval by the Ethics in Research with demarcation of three moments: The entry in the field of study; Situational Diagnosis of Nursing Records and the intervention-evaluation. The first time was allocated to contact and meet with the head nurse of the hospital. The purpose of the meeting was the choice of unit / sector to be searched. In the second phase was a survey of the records with a view to preliminary analysis about the situation of nursing records at the hospital inpatient unit. We consulted the records of customers who were hospitalized between May 10 th, 2012 to June 9 th, 2012. Data were collected from 23 medical records, resulting in 220 records performed by nurses and 406 records performed by technicians / nursing assistants. The notes were assessed by separating them into lines of analysis, namely: Registration and its shape and Registration and its contents. On the axle of the form of records were found weaknesses related to lack of time and date, erasures, illegibility, blank, misspelling, indiscriminate use of abbreviations and acronyms and lack of professional identification. On the axis of content Records Seven Components of Basic Nursing Care seconds Virginia Henderson were identified. It was perceived deficiency in the record of the physical examination showing that the nursing team cares of a body incomplete and fragmented (head, lungs, abdomen and legs). There were no notes nursing diagnosis, neither prescription nor evaluation. With possession of the situational diagnosis of nursing records in the records, was initiated to meetings for the intervention-assessment process, when it was possible to meet professionals and reflect about on how their records are and how they should be. Dynamics of work gave up two discussion meetings. 3 goals were established by the nurses for optimization of records, namely: The harmonization and standardization of records; Interline the nursing cares on a theory; Offer trainings for professionals. At the end of this study it can be stated that there was a moment of reflection on the necessity and importance of records. Certainly, the care provided encompasses much more than is recorded, however the quality of records is less than what is recommended as the gold standard.

Keywords: Nursing records; Action Research; Nursing care.

RESUMEN

Diniz, Samanta Oliveira da Silva. **Modus operandi de registro: diagnóstico de situación y propuestas de intervención.** Disertación (Master en Enfermería). Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2013.

Este estudio tuvo como objetivo identificar los procesos operativos de los registros del personal de enfermería en la atención prestada; analizar el *Modus operandi* de los registros del personal de enfermería en la atención a los clientes, establecer metas y acciones de intervención con el equipo para realizar los registros de cuidados de enfermería más eficiente y eficaz. Se trata de una investigación evaluativa mediada por la investigación-acción. El estudio se realizó en el 10^a sala de un hospital universitario de la ciudad de Rio de Janeiro. La recolección de datos se realizó después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación con la demarcación de tres momentos: La entrada en el campo de estudio, El diagnóstico situacional de los registros de enfermería y la Intervención-evaluación. La primera vez que se asignó para contactar y reunirse con la jefa de enfermeras del hospital. El propósito de la reunión fue la elección de la unidad / sector que se debe buscar. En la segunda fase se realizó una encuesta de los archivos con el fin de un análisis preliminar de la situación de los registros de enfermería en el hospital. Hemos consultado los registros de los clientes que fueron hospitalizados entre 10 de mayo de 2012 a 9 de junio de 2012. Se recogieron datos de 23 historias clínicas, lo que resulta en 220 registros realizados por enfermeras y 406 registros realizados por los técnicos / auxiliares de enfermería. Las notas fueron evaluados por los separa en líneas de análisis, a saber: El registro y su forma y El registro y su contenido. En eje forma de los registros se encontraron deficiencias relacionadas con la falta de tiempo y la fecha, borrados, ilegibilidad, espacios en blanco, falta de ortografía, el uso indiscriminado de siglas y la ausencia de identificación profesional. No eje contenido de los registros se identificaron siete componentes del Cuidados Básicos de Enfermería segundo Virginia Henderson. Se percibe la deficiencia en el registro de la exploración física y muestra que el cuidado de enfermería de un cuerpo fragmentado e incompleto (cabeza, los pulmones, el abdomen y las piernas). No había notas de diagnóstico de enfermería, prescripción y evaluación. La posesión del análisis de la situación de los registros de enfermería en los archivos, se inició a las reuniones del proceso de intervención-evaluación, cuando fue posible conocer los profesionales y reflexionar sobre cómo están e deben ser sus registros. La dinámica de trabajo permitió dos reuniones de discusión. Fueron establecidos 3 objetivos por las enfermeras para la optimización de los registros, a saber: La armonización y la normalización de los registros, apoyar la atención de enfermería en una teoría y proporcionar formación a los profesionales. Al final de este estudio, se puede afirmar que hubo un momento de reflexión sobre la necesidad y la importancia de los registros. Sin duda, la atención recibida abarca mucho más que se registra, sin embargo, la calidad de los registros es menos de lo que se recomienda como el estándar de oro.

Palabras-clave: Registros de enfermería; investigación-acción; atención de enfermería.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Implicações dos registros de enfermagem.	f. 16
Quadro 2	Estudos de revisão bibliográfica sobre Registros de Enfermagem.	f. 33
Quadro 3	A diversidade de siglas.	f. 61
Quadro 4	As variações de siglas.	f. 62
Quadro 5	As abreviações e a tradução.	f. 63
Quadro 6	Os pontos críticos e a fala das enfermeiras.	f. 88
Quadro 7	Dificuldades relatadas pelas enfermeiras	f. 91
Quadro 8	Meta 1: A Uniformização e padronização dos registros.	f. 93
Quadro 9	Meta 2: O uso de uma Teoria	f. 94
Quadro 10	Meta 3: Oferecer treinamento para os profissionais	f. 95
Tabela 1	Distribuição numérica e percentual de anotação por plantão.	f. 57
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual da presença de data e hora ao início dos registros.	f. 58
Tabela 3	Distribuição numérica e percentual dos registros, segundo as características do registro em relação à forma.	f. 59
Tabela 4	Distribuição numérica e percentual dos registros da forma de correção de rasuras.	f. 64
Tabela 5	Distribuição numérica e percentual da qualidade da identificação profissional ao final do registro.	f. 65
Tabela 6	Distribuição numérica e percentual dos termos generalizados/evasivos.	f. 66
Tabela 7	Distribuição numérica e percentual dos Registros das Ações de Cuidar.	f. 70
Tabela 8	Distribuição numérica e percentual dos registros sobre alimentação.	f. 75
Tabela 9	Distribuição numérica e percentual dos registros sobre Eliminação Urinária.	f. 77
Tabela 10	Distribuição numérica e percentual dos registros sobre eliminação intestinal.	f. 78
Tabela 11	Distribuição numérica e percentual dos registros, relacionados às	f. 81

condutas de enfermagem.

Tabela 12 Distribuição numérica e percentual dos registros sobre o exame físico. f. 84

Tabela 13 Distribuição numérica e percentual dos registros sobre sinais e f. 85
sintomas.

Tabela 14 Distribuição numérica e percentual dos registros sobre etapas da f. 86
Sistematização da Assistência de Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS.....	16
JUSTIFICATIVA.....	17
2 BASES TEÓRICAS DO OBJETO DE ESTUDO	19
2.1 Sobre o Registro e suas múltiplas representações	20
2.2 Sobre as fragilidades dos Registros de Enfermagem.....	30
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 O cenário do estudo	49
3.2 Estratégias de produção dos dados	49
3.3 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS REGISTROS: O <i>MODUS OPERANDI</i> DE REGISTRAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	56
4.1.1 O REGISTRO E A SUA FORMA: a estrutura e as fragilidades.	57
4.1.2 O REGISTRO E O SEU CONTEÚDO: o <i>Modus operandi</i> do registro sobre os cuidados de enfermagem.	68
4.1.2.1 O <i>Modus operandi</i> de registrar baseado nos princípios básicos de enfermagem	68
4.1.2.2 A avaliação dos Registros de Enfermagem quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	82
4.2 AS FALAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE REGISTROS: OS DADOS DA EXPRESSÃO QUALITATIVA	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	108
ANEXOS.....	117

1 O TEMA E O PROBLEMA

Desde os primórdios da espécie humana, os registros têm contribuído para a evolução da vida e do conhecimento acumulado pela humanidade. Os símbolos encontrados referentes à era das cavernas são formas de registros que contribuem para o atual entendimento da forma como determinada população vivia e se comunicava. As pessoas podem comunicar-se em muitos níveis, por muitas razões, com muitas pessoas, de muitas formas (BERLO, 2003).

Como base das relações humanas, a comunicação é utilizada pelos homens com a finalidade de influenciar o outro, porque todo comportamento de comunicação busca produzir uma reação. Quando essa reação é alcançada, pode-se dizer que a comunicação foi positiva e eficiente (Op cit, 2003).

O ser humano possui a capacidade e a necessidade de se comunicar para viver suas experiências cotidianas. Através da comunicação é possível trocar informações, interagir com o outro, entender e ser entendido. Ela proporciona a base para as pessoas viverem e trabalharem juntas. Existem diversas formas de comunicação, entre elas; a escrita.

No contexto hospitalar o registro¹ escrito tem se configurado como um dos principais instrumentos de comunicação para troca de informações entre as equipes multidisciplinares, objetivando-se apontar as necessidades demandadas e a situação de saúde do cliente², as intervenções realizadas e a avaliação do cuidado prestado.

Segundo Matsuda (2006), o registro é imprescindível no processo de cuidado devendo ser documentado para servir como memória com vistas a pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros. Portanto, deve-se atentar para sua realização com a descrição detalhada dos dados concernentes à clientela assistida.

Os registros marcam a enfermagem tornando-a conhecida e reconhecida como profissão que presta cuidado aos seres humanos em quaisquer espaços que se encontrem.

O termo Registro de Enfermagem tem significado para além de o ato de escrever ou mencionar, indicando um aspecto vital para a prática da enfermagem, porque comprova o cuidado prestado ao cliente que o recebeu, para que, como e quem o realizou.

¹ Neste estudo, considera-se como Registro de Enfermagem, toda e qualquer anotação e evolução realizadas por enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem no prontuário do cliente.

² A denominação de cliente está de acordo com a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) nº 202 de 19 de junho de 2001, que aponta para a necessidade de criação de nova cultura de atendimento aos usuários dos Serviços de Saúde, pautada no mais amplo respeito à vida humana, bem como nos direitos de cidadania daqueles que eventualmente façam uso deles.

Registrar é uma responsabilidade profissional e social. Discussões sobre ética, justiça e aspectos legais vêm crescendo e cada vez mais os profissionais de saúde têm enfrentado dilemas relacionados a esses temas.

Além da sustentação do registro sobre a ciência, saber-fazer e a memória de uma profissão, ele serve também como avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem. Florence Nightingale (1989) afirma que a capacidade da enfermeira observar com profundidade e descrever com propriedade confere novo caráter, intelectual e científico à enfermagem. Ressalta, ainda, que se essa observação não for registrada, as informações se perderão. Somente com um registro efetivo, o cuidado oferecido tem embasamento científico e torna-se, conseqüentemente, de qualidade.

Atualmente, os indicadores de qualidade nos serviços de saúde têm sido uma ferramenta importante para a avaliação dos cuidados prestados, metas são estabelecidas pela gestão baseada nos recursos humanos, materiais financeiros e tecnológicos. O registro de enfermagem é um importante instrumento de monitoramento para avaliar as ações executadas e o alcance das metas estabelecidas.

Cada profissional tem sua forma de registrar e o produto final dependerá do seu objetivo. Com frequência os profissionais perdem de vista sua intenção ao registrar, impossibilitando a realização de qualquer avaliação. A incapacidade de especificar o propósito pode ser uma razão da ineficiência dos registros.

Isso não quer dizer que deve existir um objetivo único ao se registrar, porém quando o profissional o faz tem um objetivo, mesmo que não esteja ciente dele. Se quiser conferir a conduta ou avaliar a efetividade do registro de enfermagem, precisa-se concentrar a atenção na intenção do registro. Quando a conduta se torna habitual, frequentemente, torna-se ineficiente. No momento em que a prática do registro se torna uma atividade comum incorporada ao cotidiano do processo de cuidar, a equipe de enfermagem passa a lhe dedicar um menor grau de obrigatoriedade.

Ao registrar sem objetivo, o profissional nunca será obrigado a examinar e a verificar se o mesmo foi cumprido e se existe maneira melhor de fazê-lo. Havendo um objetivo, a equipe de enfermagem espera que o registro seja o mais fiel possível, conforme defende Berlo (2003) um comunicador só pode ser considerado de alta fidelidade quando expressa perfeitamente o que quer dizer, e qualquer pessoa traduz sua mensagem com total exatidão.

É necessário que a enfermagem compreenda a importância do registro e o faça de forma clara, concisa e objetiva. Comumente, se encontram termos vagos e informações repetitivas nos prontuários, como por exemplo, “segue aos cuidados de enfermagem” ou

“realizado cuidados gerais”. Esses termos são incapazes de fornecer informações relevantes para avaliação da qualidade do cuidado e para o gerenciamento adequado do serviço. Em geral, os registros possuem poucas informações de cuidados específicos de enfermagem porque estão impregnados de um discurso biomédico ou saturados de descrição de procedimentos técnicos.

A inexistência ou a existência escassa e incompreensível do registro compromete a efetividade da comunicação intra-equipes e interequipes e acarreta prejuízos para a própria profissão, impedindo a criação de uma memória e, conseqüentemente, da história profissional sobre o saber e o fazer de enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem. Esse impedimento gera implicações na construção de uma ciência de Enfermagem, haja vista a afirmação da Professora Doutora Vilma de Carvalho de que “a enfermagem é uma ciência em vias de se fazer”.

A insuficiência e precariedade dos registros de enfermagem geram sérios problemas para o modelo de gerenciamento em enfermagem adotado na instituição hospitalar, quando as características abarcam os processos descentralizados com crescente participação de enfermeiras nas decisões, com fluxos de informações mais horizontalizados e intensos e processos produtivos em busca de melhorias contínuas e de flexibilidade. Perseguir esses aspectos possibilita o atendimento às demandas geradas por clientes e o desenvolvimento organizacional.

A inexistência dessas características impossibilita distinguir ou diferenciar o cuidado de enfermagem, reforçando o ponto de vista da clientela que parece não reconhecê-lo como um produto final com qualidade e de bom desempenho.

Outro problema gerencial relaciona-se à complexa rede de processos internos necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem e à função da enfermeira como arte de cuidar. Desse modo, os registros tornam-se ineficientes para o planejamento de metas e de métodos específicos para alcançá-las; a execução dependente de coleta de informações e dados; a avaliação de resultados e de desempenho, assim como a determinação de ações corretivas (replanejamento).

Devido à importância e implicação dos registros para a gerência de enfermagem, a desqualificação dessas anotações requer um olhar crítico e intervenções sobre o processo global e sobre os subprocessos desempenhados por enfermeiras.

A partir dessas considerações, pode-se estabelecer como síntese, por um lado, a ideia de que o Registro de enfermagem quando executado com qualidade é um documento que

representa e dá significado ao cuidado de enfermagem. Por outro lado, quando inexistente ou insuficiente gera sérios problemas na prática, tal como apresentado no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Implicações dos registros de enfermagem.

Presença de Registros de qualidade	Deficiência/Inexistência de Registros
Representa o principal instrumento de comunicação entre as equipes multidisciplinares.	Dificulta a comunicação entre as equipes.
Informa as necessidades do cliente e as intervenções realizadas.	Impede a (re)construção da história da enfermagem.
Torna-se um indicador de qualidade dos cuidados prestados.	Dificulta apreender a qualidade e avaliar o cuidado.
Torna-se a memória do cuidado de enfermagem.	Dificulta o registro da memória profissional.
Descreve o que é fazer Enfermagem, sua linguagem e seu saber.	Dificulta a incorporação de linguagem própria e termos universais entre a equipe de enfermagem.
Contribui para construção de enfermagem como ciência.	Torna a enfermagem invisível.
Delimita a prática de enfermagem.	Influencia, gerando dificuldades no planejamento e no gerenciamento do cuidar.
Pode ser instrumento de consulta nos processos éticos e legais.	Não confere respaldo em processos legais e jurídicos.

A problemática e questões aqui apontadas definem o objeto de investigação como o *Modus operandi* de registrar na perspectiva da pragmática assistencial de enfermagem.

As questões que nortearam este estudo são: como se apresenta o *Modus operandi* de registrar da equipe de enfermagem? Como interferir para a melhoria das informações sobre os cuidados ofertados em um hospital universitário? Que metas podem ser estabelecidas para a reorganização do *Modus operandi* de registrar da equipe de enfermagem?

Considerando essas questões norteadoras, definem-se como objetivos:

- Identificar o processo operacional dos registros da equipe de enfermagem sobre os cuidados prestados.

- Analisar o *Modus operandi* dos registros da equipe de enfermagem sobre os cuidados aos clientes.
- Estabelecer metas e ações interventivas com a equipe para tornar os registros sobre os cuidados de enfermagem mais eficientes e efetivos.

JUSTIFICATIVA

Registro de enfermagem tem se tornado um dos temas mais relevantes para a categoria profissional na atualidade, pois existe relação direta entre a qualidade das anotações e o cuidado prestado ao cliente. O conteúdo do Registro de Enfermagem é estratégico para o processo de tomada de decisão nos níveis gerenciais e operacionais.

Existem muitos estudos que envolvem a temática, porém a situação por mais estática ou estável que seja é um fenômeno em constante mutação, influenciando e sendo influenciado pelo que o cerca e modificando-se segundo o olhar do observador, logo, a perspectiva será diferente bem como o olhar do sujeito sobre o objeto pesquisado. Segundo Hessen (2003):

Sujeito e objeto não se esgotam em seu ser um para o outro, mas têm, além disso, um ser em si. No objeto, este ser em si consiste naquilo que ainda é desconhecido. No sujeito, consiste naquilo que ele é além de sujeito que conhece.

Embora existam inúmeras pesquisas sendo realizadas tendo como objeto o registro de enfermagem, infelizmente na prática assistencial a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, pois os registros são escassos e incompletos. Grande parte dessas pesquisas é documental, tendo como fonte de coleta de dados o prontuário do cliente, constituindo um panorama com resultados e conclusões semelhantes. Alguns estudos exploratórios buscam apontar a causa da deficiência e escassez de registro, através de entrevistas com enfermeiras, isso traz um caráter diagnóstico aos estudos da atualidade. Pesquisas com auxiliar e técnico são ainda mais escassas.

No estado da arte, identificou-se uma carência de estudos interventivos na Enfermagem, apontando para a lacuna sobre esse conhecimento. Estudos que possibilitem mudanças no *modus operandi* e no *modus pensanti* da equipe são de extrema relevância, pois possibilitam a transformação da realidade e produzem conhecimento relativo a essas

transformações. Ao intervir no *modus operandi* da enfermagem podem-se apontar as implicações que essas ações têm sobre o cuidado ao cliente.

Para manter ou atingir a autonomia no espaço de cuidar precisa-se, em primeiro lugar, ser compreendidos e entendidos de todas as formas, entre elas através dos registros de enfermagem. É fundamental estimular a discussão sobre essa temática entre os membros da equipe, envolvidos no cotidiano de cuidar e gerenciar, para possibilitar a melhoria na assistência direta ao cliente, bem como a comunicação entre os profissionais de saúde.

BASES TEÓRICAS DO OBJETO DE ESTUDO

2 BASES TEÓRICAS DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 O REGISTRO E SUAS MÚLTIPLAS REPRESENTAÇÕES

No cotidiano da prática de cuidar e gerenciar, a enfermagem se vê envolta a inúmeras formas de registro. Os Registros Primários sobre os cuidados, intervenções e avaliações do cliente, comumente é realizado no prontuário. Os Registros chamados de Secundários são realizados no Livro de Registros (Ordens e Ocorrências), utilizados para o resumo de dados específicos relacionados a algum evento ou situação.

Os principais registros secundários são aqueles relacionados a Admissões, Altas, Óbitos, Ocorrências, entre outros. Nesses registros constam os dados sobre o cliente, o horário em que situações ou problemas ocorreram, motivo de internação, unidade de procedência e de transferência, entre outros.

Entretanto, percebe-se, empiricamente, que as enfermeiras têm por diversas vezes substituído as anotações no prontuário do cliente por registros no livro de ocorrências. Há informações contidas nesse livro que deveriam ser descritas em prontuários, quando relacionadas aos aspectos clínicos do cliente ou do cuidado a eles ofertado. Para Pimpão (2010), essa prática dilui, descentraliza e possivelmente leva a perdas de informações.

O prontuário do cliente deve ser um documento destinado às informações sobre a história clínica, a terapêutica implementada por todos os profissionais de saúde, exames clínicos e os cuidados de enfermagem realizados.

As práticas de assistência à saúde estão cada vez mais demandando a participação de equipes multidisciplinares. No prontuário, cada categoria profissional deve registrar a sua atuação no processo de cuidar do cliente, de modo que as informações retratem a avaliação da qualidade da assistência prestada.

O prontuário é uma fonte de pesquisa e um documento legal e jurídico, logo os registros devem estar impregnados de autenticidade e devem refletir o empenho e a força de trabalho da equipe de enfermagem destacando suas ações. Constitui o acervo documental do cliente e deve conter informações corretas, organizadas e completas. Pode ser consultado pelo próprio cliente, por seu representante legal e pela equipe multiprofissional. Possari (2005) aponta sinais da existência de prontuário desde a Idade da pedra. O papiro cirúrgico, adquirido e traduzido por Edwin Smith em 1862, é um dos documentos mais antigos que se conhece, datado de 1660 a.C.

Segundo Munck (1999), para atender aos objetivos o prontuário deve constituir-se em: meio de comunicação entre os profissionais de saúde; proteção legal em assuntos de interesse do cliente, da unidade e dos profissionais de saúde; fonte de informações para agências seguradoras; base para pagamento por serviços prestados pelas unidades por parte dos órgãos governamentais e fonte de dados na produção de informação como ferramenta no processo gerencial.

Os requisitos básicos para que o prontuário atenda aos objetivos assistenciais e legais são: consciência da importância do documento por todos os profissionais que o alimentam e o consomem; responsabilidade profissional, descrição escrita e detalhada das atribuições de cada profissional garantindo o adequado preenchimento e clareza na escrita (Munck, 1999). Grande parte das Instituições de saúde organiza o prontuário de forma integrada, ordenando os episódios por ordem cronológica, facilitando a análise e exploração dos dados.

Com os avanços científicos e tecnológicos tem-se constatado a informatização de vários campos. A área de saúde acompanhando esta evolução caminha em direção à elaboração e introdução progressiva dos sistemas de informação em saúde, o chamado de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Nesse sentido, Munck (1999) afirma que:

O Prontuário Eletrônico em Saúde é a denominação mais atual para o prontuário cuja forma de entrada de dados e a consulta são feitas por meio eletrônico [...] trata-se de um sistema informatizado que permite a entrada e resgate de dados sobre o paciente e serviços prestados a ele pelas instituições de saúde.

Vale destacar a diferença entre prontuários eletrônicos e prontuários digitalizados. Muitas Instituições de Saúde com o objetivo de reduzir os espaços ocupados pelos prontuários digitaliza-os, entretanto isso não confere o caráter de prontuário eletrônico.

Para o autor acima (1999), as principais vantagens da implantação do prontuário eletrônico são: possibilitar o uso em rede, permitindo a consulta por vários profissionais, simultaneamente, até por diferentes instituições; facilitar e agilizar o acesso aos dados do cliente; diminuir a perda de registros e de “extravio do prontuário”; padronizar os registros, tornando-os mais completos e “legíveis”; controlar o uso dos recursos institucionais; diminuir o espaço físico ocupado pelos registros; propiciar maior versatilidade no uso da informação, devido à interligação entre informações fornecidas por diferentes fontes. Por outro lado, entre as desvantagens do uso do PEP, pode-se citar: necessidade de investimento inicial para compra de equipamentos, implantação de programas e adaptação de instalações; necessidade

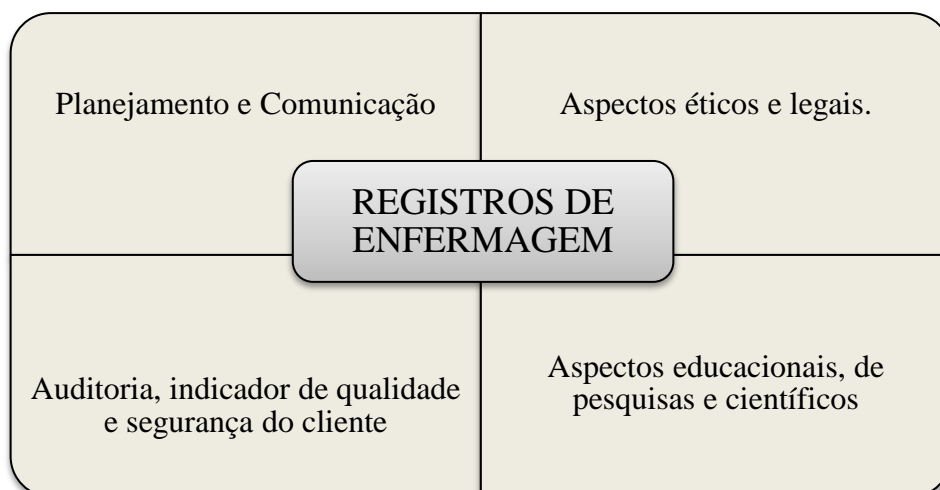
de profissionais capacitados para o uso de novos recursos tecnológicos e a resistência à mudança pelos profissionais.

Independente do tipo de prontuário (eletrônico ou manuscrito/manual) existente na Instituição são os registros de enfermagem que ajudam a construir a base de conhecimentos teóricos e práticos para o desenvolvimento científico da profissão.

A enfermagem, como parte da equipe de saúde, permanece mais tempo/horas junto ao cliente. Outras categorias profissionais têm o seu momento com o cliente quando “passam visita”, ou seja, no momento em que avaliam, realizam anamnese, fazem exame físico, planejam e realizam intervenções. A enfermagem está envolvida no processo de cuidar 24 horas. Isso possibilita conhecer, de modo pormenorizado, as informações relacionadas tanto às condições do cliente e necessidades da família, como do ambiente assistencial e organizacional. Nesse contexto, o registro de enfermagem tem um valor significativo no prontuário.

Outra importância do registro de Enfermagem encontra-se na demarcação do modo como as enfermeiras e suas equipes prestam cuidados, o que valorizam ao registrar como enfrentam os problemas relacionados aos clientes e à instituição, como se organizam e distribuem as atividades administrativas e de cuidar. Registros podem conter indícios reveladores da história e da cultura profissional, ricos em crenças e valores dos exercentes, com intersubjetividades estabelecidas intra-equipes e extra-equipes. Ademais, demarcam as tecnologias de cuidar criadas ou desenvolvidas no ato de cuidar ou gerenciar o processo de trabalho.

Por ser um reflexo da prática de cuidar, o registro implica em inúmeras considerações. A matriz a seguir mostra a representação dos registros em diversos eixos.



Os registros são importantes fontes destinadas ao planejamento da assistência. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que favorece a melhora da prática de enfermagem e vem sendo cada vez mais utilizada em cenários de prática assistencial e educacional (TANNURE E PINHEIRO, 2010). A Resolução COFEN 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.

A SAE é uma metodologia científica que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem e busca a reorganização da assistência prestada pela enfermagem. Contribui para o fortalecimento da profissão que busca alcançar o status de ciência, uma vez que a SAE deve estar fundamentada em ampla estrutura teórica.

O processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. A Resolução 358/2009 organiza o processo em 5 etapas, a saber: 1ª) Coleta de Dados, 2ª) Diagnóstico de Enfermagem, 3ª) Planejamento dos Resultados, 4ª) Implementação e 5ª) Avaliação.

A Coleta de dados consiste na coleta de informações a respeito do estado de saúde do cliente. Nessa etapa são levantados os problemas, as reações e as necessidades através de dados objetivos e subjetivos. Trata-se de um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo. Os dados coletados são explorados, analisados e interpretados criteriosamente. O diagnóstico é o julgamento clínico acerca das respostas dos indivíduos a problemas de saúde reais (presente) e potenciais (futuro) e oferece subsídio para a seleção das intervenções e para o alcance dos resultados (NANDA, 2011). A taxonomia utilizada amplamente no Brasil e no mundo tem por base a classificação da American Nursing Association (ANA).

As enfermeiras Faye Glenn Abdellah e Virginia Henderson são consideradas, na enfermagem, as precursoras dos sistemas de classificação. Abdellah enfatiza que a assistência de enfermagem deve considerar o indivíduo como um todo, atendendo suas necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais (FALCO, 2000). A partir dessa sustentação, em 1960, a teórica apresentou os chamados “21 problemas de enfermagem”, que foi considerado como o primeiro sistema de classificação. Em 1966, Virginia Henderson elaborou a lista dos

14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem. Seu objetivo foi descrever os cuidados que qualquer indivíduo necessita, e que deve ser realizado pela enfermagem independente do diagnóstico e da terapêutica prescrita pelo médico (HENDERSON, 1989). No Brasil, a expressão “diagnóstico de enfermagem” foi apresentada pela enfermeira Wanda Horta, também na década de 60, como uma das etapas do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

A terceira etapa do processo é o planejamento. Nessa etapa as enfermeiras estabelecem prioridades para os problemas/necessidades levantados, fixam resultados e determinam metas com a equipe e/ou com o cliente (ALFARO-LEFREVE, 2005). Segundo Tannure e Pinheiro (2010) existem itens necessários para a formulação do resultado esperado: Ele deve ser conciso, centrado no cliente, relacionado ao diagnóstico, ser alcançável, conter limite de tempo e ser mensurável. Tais itens são necessários a fim de diminuir ou minimizar problemas.

A implementação da assistência de enfermagem constitui a quarta etapa do processo. Nesse momento a enfermeira e/ou a equipe coloca em prática, executa o que foi planejado. Os cuidados prescritos pela enfermeira devem beneficiar o cliente. Destaca-se que o cuidado é individualizado, pois cada indivíduo tem uma necessidade específica. As prescrições são feitas com base no diagnóstico de enfermagem previamente identificado e devem ser completas constando detalhadamente o que, como, quando e onde fazer.

A última etapa do processo é a avaliação da assistência de enfermagem, que consiste em acompanhar as respostas do cliente frente aos cuidados implementados. A enfermeira deve avaliar a eficácia e efetividade da prescrição de enfermagem para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Segundo a Resolução 358/2009, a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente no prontuário do cliente e envolve:

- 1) Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade em dado momento do processo saúde e doença;
- 2) Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade em dado momento do processo saúde e doença;
- 3) As ações ou intervenções realizadas pela enfermagem face aos diagnósticos por eles identificados;
- 4) Os resultados alcançados como consequência das ações realizadas ou Intervenções de enfermagem.

A inexistência do registro faz com que o cuidado prestado não tenha visibilidade e reconhecimento e impossibilita a comunicação intra-equipes e interequipes. A comunicação

permeia a assistência de enfermagem, tanto no cuidado direto ao cliente quanto no cuidado indireto. A capacidade de uma pessoa comunicar-se com outra é inerente ao comportamento humano. O ser humano pensa, age e reflete sobre suas ações e o compartilhamento dessa reflexão dá-se através do processo dinâmico chamado comunicação.

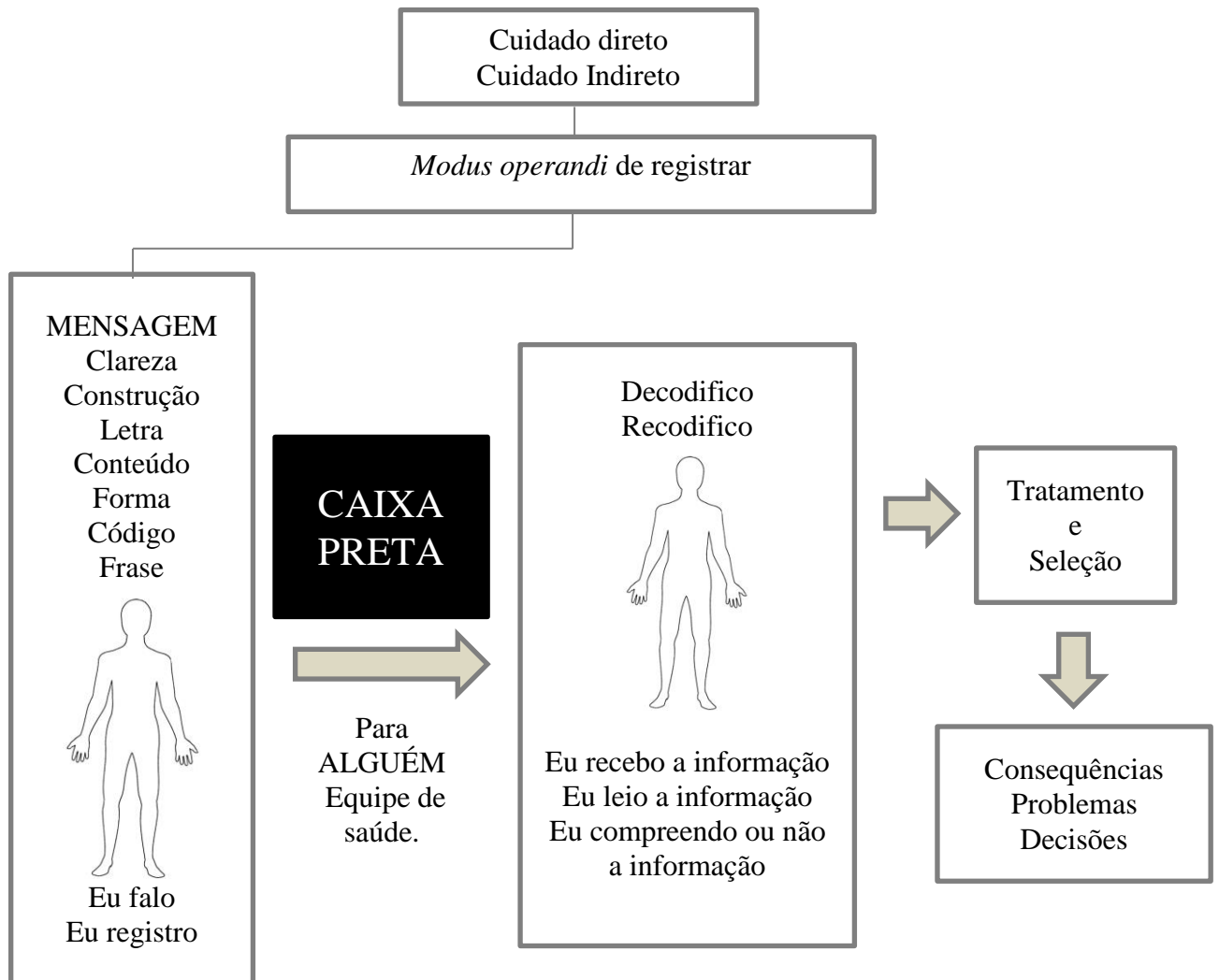
Em qualquer situação que envolva a comunicação humana, existem seis ingredientes que fazem parte desse processo³: a fonte, o codificador, a mensagem, o canal, o decodificador e o receptor, cada um age sobre os outros, cada um influencia os demais (BERLO, 2003).

Pode-se dizer que a fonte é a equipe de enfermagem que registra com um objetivo. O codificador, responsável por exprimir os objetivos da fonte, é o sistema muscular da mão do sujeito que registra e que produz a palavra escrita, a função codificadora é executada pelas habilidades motoras da fonte. A mensagem é o registro de enfermagem, propriamente dito. O canal, o intermediário, o condutor da mensagem, é o prontuário. O decodificador, conjunto de habilidades sensoriais, são os sentidos do receptor. Os receptores, o alvo da comunicação, são aqueles que terão acesso às informações e que as usarão de alguma forma, ou seja, o receptor pode ser todos os profissionais das demais categorias (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, médicos, etc), os profissionais de enfermagem (enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) ou o próprio sujeito que registrou, pois a fonte e o receptor podem ser a mesma pessoa, enfim, todos os que se beneficiarem do registro, quer para continuidade da assistência, quer para fins legais, jurídicos, de auditoria e de pesquisas.

A mensagem no processo de comunicação são os Registros de Enfermagem. São três os elementos estruturais analisados em uma mensagem: o código, o conteúdo e a forma como foi tratada. O código consiste em qualquer grupo de símbolos, que quando estruturados, são capazes de ter significação para alguém. O conteúdo é o material que a fonte seleciona para exprimir seu objetivo. O tratamento é a seleção, realizada pela fonte, dos elementos e estrutura do código e do conteúdo. Ao registrar, os sujeitos estão selecionando os elementos que julgam importantes, eles fazem escolhas.

³ Segundo BERLO (2003) a comunicação é um processo, pois não tem um começo e um fim, uma sequência fixa de eventos. Não é estático, parado. É móvel. Os acontecimentos e as relações são dinâmicos, em evolução.

A Figura abaixo ilustra o processo de comunicação no cotidiano da prática de cuidar.



A deficiência dos registros dificulta a tomada de decisão e intervenção tanto da equipe que executa o cuidado à beira-leito, quanto dos que ocupam os diversos níveis gerenciais da hierarquia organizacional, com isso a comunicação e a qualidade da assistência podem ficar prejudicadas.

Ao que se relaciona ao cuidado direto, os registros realizados pela enfermagem podem ajudar na avaliação e na manutenção ou mudança na conduta da própria equipe e dos demais membros da equipe de saúde. Os profissionais de enfermagem são aqueles que mais tempo permanecem com o cliente, possibilitando a identificação de respostas positivas e negativas frente à terapêutica prescrita e/ou o cuidado realizado por outro profissional.

No cuidado indireto, os gerentes de enfermagem usam os registros como um dos aportes para a tomada de decisões. O uso apropriado de recursos humanos e materiais, a eficácia, o custo-efetividade de procedimentos e práticas não raramente são pautados nos registros realizados pela enfermagem. Os gerentes utilizam-se das anotações a fim de avaliar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas na busca de solução de problemas, administração de recursos materiais (previsão, provisão, organização e controle) e gestão de pessoas (escalas, capacitação, controle de absenteísmo e outros). A escassez do registro prejudica/dificulta o processo, podendo gerar prejuízos para a dinâmica do trabalho e desempenho da equipe.

Pode-se traçar como marco da preocupação com a qualidade da assistência nos tempos modernos os trabalhos de Florence Nightingale que, durante a Guerra da Criméia, observava a diferença no número de mortes nos hospitais que tratavam os feridos de guerra que não se relacionavam necessariamente com a gravidade dos ferimentos. Essas observações fizeram com que os hospitais passassem a manter registros organizados e uma série de medidas de organização, higiene e assepsia passaram a ser adotadas com evidente melhoria da situação.

Outro método utilizado na avaliação é a auditoria. A avaliação da qualidade da assistência ao paciente através dos registros do prontuário foi introduzida nos Estados Unidos, em 1918, pelo médico George Ward. Kurcgant (1991) descreve a auditoria como uma avaliação sistemática da qualidade da assistência, verificada por meio das anotações de Enfermagem no prontuário do cliente.

Segundo Ribeiro apud Francisco (1990), inúmeras dimensões são avaliadas na auditoria, tais como: análise das necessidades e atendimento ao cliente, conteúdo significativo das informações sobre o estado de saúde, grau de satisfação do usuário e de seus familiares, produção científica das enfermeiras, programa de treinamento profissional, existência de instrumentos de administração de enfermagem, motivação do pessoal, nível de absenteísmo, sistema de avaliação profissional, entre outros. O método de auditoria deve ter um guia com objetivos claros, coerentes e bem definidos, que favoreçam o levantamento dos pontos fracos para a devida correção.

Quando se trata de qualidade, ela implica não apenas em melhorar as chances de bons resultados, mas também em aumentar a segurança dos atos praticados (NORONHA, 2001). Atualmente, o discurso do cuidado, gira em torno da segurança do cliente, que é reconhecida como uma questão global. Vincent (2009) define segurança do cliente como “o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar”. Esse discurso obriga a remeter novamente a Florence

Nightingale, que já em 1859, preocupava-se com o tema e apontava que o primeiro dever de um hospital, apesar de parecer talvez um estranho princípio, era não causar dano ao cliente.

Em 1999, a publicação do Relatório *Errar é humano: Construindo um sistema mais seguro de saúde (To err is Human: Building a safer health care system)*, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, que relaciona dados de mortalidade com erros advindos do cuidado à saúde, que poderiam ser evitados, aumenta o interesse mundial sobre a questão. Nesse estudo revelava-se que nos Estados Unidos, entre 45 e 98 mil pessoas morrem a cada ano em hospitais por acidentes relacionados a falhas na assistência médica e não da doença que provocou a internação.

Rotinas e protocolos institucionais têm sido construídos e/ou revisados, tendo como eixo norteador intervenções e ações que têm reduzido os problemas relacionados à segurança dos clientes. Equipes multiprofissionais têm realizado movimentos nacionais e internacionais com o objetivo de reformular suas práticas nos serviços de saúde. Todos os profissionais devem estar conscientes da importância de boas práticas para garantir a segurança e a qualidade da atenção prestada.

A deficiência, insuficiência e ausência dos registros podem gerar falhas na comunicação e na continuidade do cuidado gerando prejuízos à segurança do cliente, além disso, muitos erros deixam de ser registrados quando não provocam danos imediatos e notórios.

Outra representação dos registros diz respeito aos aspectos legais e éticos. Uma ação incorreta do profissional poderá ter implicações éticas, legais e/ou até criminais. Atualmente, a enfermagem encontra-se em evidência, especialmente nos meios de comunicação. Casos envolvendo erros dos profissionais de enfermagem têm deixado expostas as fragilidades e criado uma imagem negativa da profissão diante da sociedade. Soma-se ao fato, a projeção da categoria na área de saúde e o esclarecimento da população sobre seus direitos como cidadãos e usuários dos serviços.

A enfermagem tem sua prática regidas por leis e normas, determinando que todo profissional responderá por ações danosas causadas ao paciente. Perante a justiça, os registros de enfermagem constituem a base da credibilidade profissional (OGUISSO, 2003).

O Código de Ética dos Profissionais de enfermagem (2007) descreve que a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. Na Seção I, que trata das

relações com a pessoa, família e coletividade, o Artigo 25, aponta como responsabilidade e dever do profissional, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. Na seção II que trata das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros, o Artigo 41 aponta como responsabilidade e dever do profissional prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

O conteúdo dos registros deve ser completo, coerente, organizado, correto, legível, livre de rasuras para que possa servir para defesa legal. A ausência e/ou insuficiência dos registros podem gerar o efeito inverso, podendo ser considerada um delito com punições previstas em lei. (OGUISSO, 2003)

No aspecto educacional, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, destaca que a formação da enfermeira tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais, a saber, atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, comunicação, administração e gerenciamento e educação permanente. Na competência/habilidade que trata de comunicação constam a comunicação verbal, não verbal e a habilidade de escrita e leitura.

A comunicação interpessoal é uma competência/habilidade imprescindível à enfermeira, sem a qual o processo de interação, entre ela e os demais profissionais da saúde e entre ela e os clientes, não é satisfatório e eficiente.

A escassez dos registros nos prontuários prejudica a coleta de dados nas pesquisas e não traz cientificidade à enfermagem. Segundo Japiassú (2008), a ciência é “a forma de conhecimento que não somente pretende apropriar-se do real para explicá-lo de modo racional e objetivo, mas procura estabelecer os fenômenos observados”. Se o registro é a forma de retratar o cuidado oferecido pela enfermagem e torná-lo real, sem documentação o “real” não pode ser observado, nem explicado.

2.2 AS FRAGILIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Inúmeros estudos sobre Registro de Enfermagem têm sido realizados e apontam a deficiência/insuficiência da anotação, tornando-a um documento frágil frente as suas múltiplas representações: comunicação, planejamento da assistência, auditoria, pesquisas, aspectos éticos, legais e para a preservação da memória da profissão.

Matsuda et al (2006), com o objetivo de analisar as anotações/registros efetuadas pela equipe de enfermagem, avaliou 124 registros e constatou que as anotações/registros de enfermagem não fornecem dados necessários para subsidiar o processo do cuidado e não constitui um instrumento eficiente de comunicação e para a qualidade do cuidado. Na maioria dos registros não foram mencionadas a hora, a data e a identificação do profissional. A presença de erros, rasuras, letras ilegíveis, palavras generalizadas/vagas e abreviaturas/siglas não padronizadas, que dificultam a leitura e a compreensão das informações também foram frequentes. Uma vez que o registro de enfermagem é um documento legal que pode ser usado tanto por profissionais quanto por familiares, a presença de rasuras o destitui como forma de respaldo mediante situações legais e jurídicas. A linguagem clara e objetiva é imprescindível para a comunicação.

Ao avaliar a execução do registro na aplicação da SAE em um hospital universitário, Repetto e Souza (2005) constatam a presença de histórico, diagnóstico, evolução, prescrições e anotações de enfermagem, porém houve uma deficiência no cumprimento de algumas fases e na documentação das mesmas.

Todavia, em um estudo quantitativo realizado por D’Innocenzo e Adami (2004) foram avaliados os registros de Clínicas médicas de seis hospitais gerais, em duas dessas unidades era aplicada a SAE e em uma delas a Sistematização estava consolidada. Percebeu-se que nessa Unidade houve progresso dos registros, com presença de diagnóstico de enfermagem, de prioridades e resultados esperados. Nas Unidades em que a SAE não era aplicada, as anotações eram incompletas.

Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) analisaram os registros de enfermagem em três momentos diferentes em uma mesma unidade. Cada período correspondia a uma fase da implantação do Processo de Enfermagem. As autoras avaliaram seis itens, são eles, letra legível, erros, utilização de siglas e abreviações, escrita objetiva, registro das características observadas e descrição de informações subjetivas entre aspas. Os resultados mostraram melhoria somente no item letra legível.

Machado (2010) evidenciou que as enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) têm uma forma muito peculiar de registrar, com presença de códigos e cifras que só podem ser desvendados por quem divide o mesmo espaço de cuidar. A linguagem se aproxima de uma linguagem “tribal” em que somente pessoas pertencentes àquela “tribo” conseguem entender os outros e se fazerem entender.

Setz (2009) avaliou por meio da auditoria a qualidade dos registros de enfermagem e destacou que os problemas mais comumente encontrados foram: anotações de enfermagem semelhantes à evolução médica; dificuldade de legibilidade, erros de ortografia, siglas não padronizadas, falhas na identificação do profissional e a não administração de medicamentos sem justificativas.

Os registros de enfermagem, atualmente, têm se voltado para o modelo biomédico, em que o corpo físico e suas alterações se sobrepõem a um corpo na sua totalidade, composto por sentimentos, emoções, desejos e sensações (MATSUDA, 2006).

É fundamental destacar que os estudos apontam algumas causas para a limitação no registro, tais como reduzido número de profissionais, falta de tempo hábil para realizar os registros, excesso de atividades administrativo-burocráticas, ausência de uma organização de trabalho das instituições, prevalecendo ainda a cultura de que a enfermagem é um serviço de apoio as demais categorias (PIMPÃO, 2010).

Santos, Paula e Lima (2003) revelam que as enfermeiras pesquisadas estão insatisfeitas com o atual sistema de registro, porque o consideram limitado e ultrapassado. Além disso, alegam que os outros profissionais não leem o que a enfermagem registra. Diante do fato alguns questionamentos podem ser levantados: O que a enfermagem registra? A enfermagem escreve para que ou para quem? As anotações de enfermagem apresentam relevância e fortalecem a luta da categoria por melhores condições de trabalho?

Segundo o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), em 2011, a enfermagem conta com 346.968 enfermeiras, 750.205 técnicos de enfermagem, 744.924 auxiliares de enfermagem, 14.291 atendentes de enfermagem e 2 parteiras. Soma-se 1.858.388 de profissionais que ainda não alcançaram conquistas merecidas como jornada de trabalho de 30h semanais⁴ e melhores salários.

⁴A luta pela jornada de trabalho de 30 horas para trabalhadores da área da saúde é uma reivindicação histórica. Há uma década a Enfermagem brasileira luta para aprovar o Projeto de Lei do Senado 2.295/2000, mais conhecido como PL 30 Horas, que estabelece a jornada máxima de 30 horas semanais para os enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem. Inclusive, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) da Organização das Nações Unidas (ONU) recomenda esta jornada, argumentando que é o melhor para pacientes e trabalhadores da saúde do mundo inteiro.

Os profissionais de enfermagem se dedicam horas para garantir uma assistência de qualidade ao cliente, porém não há registro do que fazem. Cuidado não registrado, não existe. Além de o registro ser a comprovação de um cuidado prestado, ele é um compromisso social com a profissão. Nesse contexto, cabem algumas indagações: será que o tipo de registro que hoje se encontra nos prontuários dos clientes é capaz de representar o cuidado de enfermagem? Esse registro é capaz de fortalecer um novo caráter intelectual e científico à enfermagem? Esse tipo de registro contribui para a história e a memória da profissão?

Sem memória não existe a possibilidade de sobrevivência. A memória pode ser considerada como “qualquer mudança relativamente permanente no comportamento que resulta da experiência passada.” (Mc GARRY, 1984). Como se poderá futuramente pesquisar, investigar e avaliar se houve evolução no *modus operandi* de registrar e cuidar da enfermagem se não se conhecer o que ela fez antes? A qualidade do registro dos prontuários, nos estudos atuais, mostra que ele não contribui para a preservação da memória escrita da profissão. Como alerta Machado (2010), a enfermagem caminha para uma “morte anunciada”.

Um dos objetivos do registro de enfermagem é servir de subsídio à pesquisa. A sua ausência e/ou escassez dificulta a coleta de dados que possam ser transformados em informações para análises epidemiológicas, gerenciais e administrativas. Roque e Prates (2009) em seu estudo, que teve como objetivo avaliar a ocorrência de eventos adversos a medicamentos, baseada em uma revisão retrospectiva de prontuários orientada por 24 critérios de rastreamento, apontou que os registros possuem “limitações e falhas que podem comprometer a detecção dos rastreadores identificados a partir das informações descritas nas evoluções”.

Viana e Tonini (2010) evidenciam as implicações para a enfermagem do processo do trabalho em saúde no centro cirúrgico. Os resultados apontam para vários pontos ruidosos (obstáculos, problemas e falhas no desenvolvimento do processo de trabalho) e a carência e incipiência dos registros surgiram como a maior categoria dos ruídos, foram 230 ruídos relacionados a registro, implicando na comunicação entre as equipes, na continuidade da assistência e como fonte de dados para pesquisas.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre como se apresentam os Registros de Enfermagem nos últimos anos foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas da BDEF e LILACS, de obras publicadas no período de 2005 a 2010. O descritor utilizado foi: Registros de Enfermagem. Os estudos foram organizados no Quadro abaixo. Foram identificadas duas dissertações de mestrado e dezessete artigos relacionados com a temática.

Quadro 2: Estudos de revisão bibliográfica sobre Registros de Enfermagem

REFERÊNCIA	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
COSTA, Sandra Patrícia da; PAZ, Adriana Aparecida; Souza, Emiliane Nogueira de. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, mar. 2010. Disponível em: < http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11439 >. Acesso em: 04 fev. 2011.	Avaliar os registros realizados pelos enfermeiros quanto ao exame físico do cliente na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e na Unidade de Internação Clínica (UIC).	Estudo retrospectivo, com delineamento transversal. Foi realizado em duas instituições hospitalares no Rio Grande do Sul. Análise comparativa entre os registros dos pacientes que foram transferidos da UTI para a UIC em dois momentos distintos de atenção. Amostra: 69 prontuários. Dados coletados por meio de um instrumento próprio, do tipo <i>check list</i> , com questões sobre avaliação do exame físico, submetido à validação de face.	O estudo identificou as principais causas de internação na UTI. O sistema orgânico que mais apresentou registros na UTI foi o respiratório e na UIC foram o respiratório e de pele e mucosas. Houve déficit nos registros quanto à presença de drenos/sondas, cateteres e a infusão de drogas. As técnicas propedêuticas mais utilizadas foram: inspeção e palpação. Os registros acerca do exame físico na UTI apresentaram melhor qualidade enquanto na UIC eram frequentes os registros acerca das intercorrências.	O estudo evidenciou um déficit na qualidade dos registros acerca do exame, o que compromete a assistência individualizada ao cliente. Discute a necessidade de repensar as práticas de enfermagem quanto ao registro do exame físico e propõe que novas estratégias precisam ser pensadas para modificar essa realidade, seja por meio de discussões, capacitações, grupos de discussão, entre outros, visando à obtenção da qualidade dos registros de enfermagem.
REPPETTO, Maria Ângela; SOUZA, Mariana Fernandes de. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem	Identificar a realização e o registro das etapas da SAE que são implementadas nas Unidades de Internação. Indicar os diagnósticos de enfermagem, mais	Estudo descritivo, de caráter retrospectivo. Realizado nas Unidades de Internação de Cardiologia, Doenças Infecto-Parasitárias no Adulto	O estudo identificou que as fases mais registradas foram: -Cardiologia e DIPA: Prescrição e Anotação. -Neurocirurgia: Histórico,	Os resultados deste estudo apontam para a deficiência no cumprimento de algumas fases e no registro das mesmas. Aponta alguns aspectos que

<p>(SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enferm, v. 58, n. 3, p. 325-9, maio-jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2011.</p>	<p>frequentes, segundo a especificidade das unidades de internação.</p>	<p>(DIPA) e Neurocirurgia em um hospital Universitário em São Paulo. Amostra: 135 prontuários. Período de Coleta de dados: agosto de 2002 a fevereiro de 2003. Análise descritiva.</p>	<p>diagnóstico e anotação. Cabe ressaltar que em alguns prontuários analisados existia diagnóstico de enfermagem, porém não havia registro do histórico. O diagnóstico mais frequente nas Unidades referidas foi Risco para Infecção.</p>	<p>merecem ser considerados como: reformulação dos impressos próprios para aplicação da SAE, elaboração de protocolos de assistência e treinamento dos profissionais.</p>
<p>MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev. Elet. Enf., v. 8, n. 3, p. 415-21, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 05 fev. 2011.</p>	<p>Analisar as anotações/registros efetuadas pela equipe de enfermagem em um hospital-escola.</p>	<p>Pesquisa Documental. Período de Coleta de dados: fevereiro de 2004. Amostra: 5 prontuários, escolhidos aleatoriamente, de pacientes internados na UTI-Adulto e encaminhados posteriormente para Clínica Médica ou Cirúrgica, que permaneceram no mínimo 3 dias na Unidade. Foram analisados 124 registros.</p>	<p>Dentre os itens avaliados pelo instrumento de coleta de dados, foram frequentes a ausência de data, hora e identificação do profissional que realizou o registro, a presença de erros, rasuras, ilegibilidade, registros vagos e siglas não padronizadas.</p>	<p>O estudo constatou que as anotações/registros de enfermagem não fornecem dados necessários para subsidiar o processo do cuidado e não constitui um instrumento eficiente de comunicação e para a qualidade do cuidado. Os autores sugerem treinamento dos profissionais envolvidos na assistência.</p>
<p>MATSUDA, Laura Misue; CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva; ÉVORA,</p>	<p>Analisar as anotações de enfermagem efetuadas por Enfermeiros e Auxiliares</p>	<p>Estudo do tipo documental. Análise retrospectiva. Período de coleta de dados:</p>	<p>O estudo possibilitou o agrupamento de 15 itens. Constatou-se a frequência</p>	<p>Observou-se nos registros analisados predominantemente uma</p>

<p>Yolanda Dora Martinez. Anotações/ registros de enfermagem em um hospital-escola. Cienc Cuid Saúde, v. 6, Suplem. 2, p. 337-346, 2007. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5307. Acesso em 07 fev. 2011.</p>	<p>de Enfermagem de um hospital-escola.</p>	<p>fevereiro de 2004. Amostra: 3 prontuários, escolhidos aleatoriamente, de pacientes internados na UTI-Adulto e encaminhados posteriormente para Clínica Médica ou Cirúrgica, que permaneceram no mínimo 72h na Unidade. Foram analisados 71 registros.</p>	<p>diminuída de anotações pelo enfermeiro em todos os setores. Foram encontrados comumente termos vagos e informações breves, incompletas, e registros desnecessários e repetitivos. Itens referentes ao exame físico foram encontrados em todos os registros. Informações sobre sondas, drenos e cateteres foram frequentes. Não houve nenhum registro acerca da dimensão psicossocioespíritual do cliente e relatos escassos sobre o nível de consciência.</p>	<p>dimensão física e biológica do cliente. Os registros são limitados a sinais e sintomas e não fornecem informações que subsidiem a avaliação contínua dos cuidados e a tomada de decisões.</p>
<p>FONTES, Maria Cristina Ferreira; MENDES, Isabel Amélia Costa; HAYASHIDA, Miyeko; DALRI, Maria Célia Barcellos. Análise das anotações do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev. RENE, Fortaleza, v.7, n.3,</p>	<p>Identificar, quantificar e classificar as anotações efetuadas pelo enfermeiro na admissão do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola, quanto à forma de apresentação e conteúdo.</p>	<p>Estudo retrospectivo. Abordagem quantitativa. Local: Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital escola no Paraná. Amostra: 187 anotações do enfermeiro e 489 conteúdos.</p>	<p>Os 489 conteúdos foram analisados quanto à: -Legibilidade: 56,6% adequada, 24,1% parcialmente e 19,2% inadequadas; -Erros sem ocultar o original: 2,5% adequados, 2,3 inadequados e 95,2% ausentes;</p>	<p>Neste estudo constatou-se que a apresentação e conteúdo dos registros ainda não se encontram totalmente adequados, o que pode acarretar prejuízos para todas as partes envolvidas no processo de cuidar. Salienta-se a necessidade</p>

<p>p. 70-77, set/dez. 2006. Disponível em: <http://www.revistaren.ufc.br/pdf/7_3.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2011.</p>			<p>-Siglas padronizadas: 67% corretas, 15% uma, duas ou mais incorretas e 18% ausentes; -Objetividade da escrita: Clara e completa: 56,6%, Clara e Incompleta: 25,6% e superficial: 17,8%; -Abreviaturas: Ausência: 50,7%, 33,5% compreensível e 15,8% incompreensível.</p>	<p>de encontrar formas de desenvolver processos de documentação nos prontuários, com investimentos em capacitações das equipes, recursos materiais e informatização.</p>
<p>CARRIJO, Alessandra Rosa; OGUISSO, Taka. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). Rev Bras Enferm, v. 59, n. esp, p. 454-8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rben/v59nspe/v59nspea12.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2011.</p>	<p>-Descrever, por categorias, os achados que mais se destacaram no levantamento; -Analisar os temas mais relevantes no conteúdo das anotações de enfermagem; -Destacar, a partir do levantamento realizado, a importância e a trajetória histórica do registro de enfermagem.</p>	<p>Revisão bibliográfica. Amostra: 51 periódicos do período de 1957 a 2005, encontrados na Base de Dados PeriEnf da EEUSP. Análise de Conteúdo de Bardin. Período da pesquisa: Junho de 2005. Palavras-chaves: Registro(s), Registro(s) de Enfermagem, Anotação(ões) e Anotação(ões) de Enfermagem;</p>	<p>Categorias apresentadas: I- Número de publicações, por décadas. II- Periódicos que publicaram o assunto. III- Categorias de Autores. IV- Unidades Pesquisadas: hospitalares e outras instituições. V- Aspectos legais. VI- Tipos de Anotação de enfermagem. VII- Seções propostas pela Revista Brasileira de Enfermagem.</p>	<p>Os resultados apontaram para um maior número de publicação na década de 90 (16 artigos). O periódico que mais publicou artigos sobre a temática foi a Revista Brasileira de Enfermagem (10 artigos). A categoria que mais publicou artigos foi a de enfermeiras docentes (31 artigos). Não foi encontrada nenhuma pesquisa em Unidades básicas de Saúde, a maioria foi realizada em Unidades Hospitalares. 31 artigos citam a importância do aspecto</p>

				legal das anotações. O tipo de anotação mais frequente é a descritiva do tipo narrativa escrita. A seção de Pesquisa contemplou 27 textos, seguida da seção Reflexão com 7 artigos.
<p>SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2011.</p>	<p>Avaliar, por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos em unidades de um Hospital Universitário.</p>	<p>Estudo descritivo e retrospectivo. Análise documental. Local: Hospital Universitário no município de São Paulo. Amostra: 424 prontuários. Período de coleta de dados: novembro e dezembro de 2006 e janeiro de 2007. Os itens avaliados no prontuário foram: Preenchimento do levantamento de dados; Folha de centro cirúrgico; Folha de custo do centro cirúrgico; Evolução de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição de enfermagem; Checagem da Prescrição de enfermagem e da prescrição médica; Anotação de enfermagem;</p>	<p>Foi realizada uma auditoria interna retrospectiva para auditar os prontuários. Na análise qualitativa dos prontuários nenhum contemplou de 90 a 100% dos critérios de avaliação, portanto nenhum prontuário foi considerado ótimo. Foram considerados ruins 26,7%; 64,4% foram considerados regulares e 8,7 % bons. Os problemas mais comumente encontrados foram: Anotações de enfermagem semelhantes à evolução médica; Dificuldade de legibilidade, erros de ortografia, siglas não padronizadas, falhas na identificação do profissional. Outra falha constatada foi a não</p>	<p>A pesquisa apontou falhas e desvios detectados através da auditoria, o que permitiu por meio de relatórios de avaliação, levantar propostas, junto à Diretoria de Enfermagem do Hospital, para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e do registro.</p>

		de alta hospitalar e de óbito. Para cada item avaliado utilizou-se os seguintes critérios: Ótimo (4 pontos), Bom (3), Regular (2), Ruim (1) e Ausente (0).	administração de medicamentos sem justificativas.	
D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 17, n. 4, p. 383-91, out/dez. 2004. Disponível em: < http://www.unifesp.br/den/f/acta/2004/17_4/pdf/art3.pdf >. Acesso em: 06 fev. 2011.	Avaliar a aplicação do modelo assistencial no processo de enfermagem por meio da análise da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário.	Estudo descritivo, abordagem quantitativa e de campo. Local: unidades de internação de Clínica Médica de seis hospitais gerais de ensino e universitários no município de São Paulo. Amostra: 400 prontuários. Período de Coleta de dados: março a setembro de 2000. Análise Documental. Coleta de dados guiada por dois roteiros pré-testados.	O estudo aponta que dos 6 hospitais, apenas em 2 a Sistematização da Assistência de Enfermagem era aplicada e registrada em prontuário. Em um hospital a SAE era embasada no referencial teórico proposto por Horta e no outro os referenciais de Horta e Orem. Nesses hospitais a identificação do profissional estava completa. Nos hospitais onde a SAE não era adotada, os dados demonstram a predominância dos registros voltada para um modelo biomédico, prejudicando a comunicação entre a equipe.	O estudo comprovou que nas Unidades em que a SAE não era adotada os registros são incompletos, tornando-os documentos frágeis tanto para a avaliação da assistência, quanto para fins éticos e jurídicos. Em um dos hospitais em que era aplicada a SAE, houve o registro de diagnóstico de enfermagem em 9 prontuários, o que representa um avanço na prática assistencial.

<p>VENTURINI, Daniele Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 61, n.5, p. 570-5, set/out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rben/v61n5/a07v61n5.pdf> . Acesso em: 08 fev. 2011.</p>	<p>Analisar a qualidade das anotações de enfermagem acerca dos cuidados dispensados ao paciente cirúrgico.</p>	<p>Estudo inter-relacional. Local: Unidade Cirúrgica do Hospital Universitário Regional de Maringá. Amostra: 134 prontuários. Instrumento de coleta de dados: Formulário adaptado, englobando: dados de identificação dos pacientes, prescrição de enfermagem, procedimentos de enfermagem, anotações de enfermagem, execução de ordens médicas e condições de alta.</p>	<p>Foi analisada a frequência de anotações referentes às prescrições de enfermagem (de admissão, pré e pós-operatório), aos procedimentos invasivos, observação de sinais e sintomas, cuidados de pré e pós-operatório, aspectos e evolução de lesões cutâneas e condições de alta. Os resultados demonstraram que existe a necessidade de melhorar a qualidade dos registros, apesar de alguns itens terem atingido nível de preenchimento de 80%.</p>	<p>Os resultados revelam falhas importantes nos registros de enfermagem. O estudo reconhece a auditoria como método de avaliação para detectar problemas com os registros. Os autores sugerem o investimento em educação permanente e treinamentos em serviços a fim de se alcançar níveis de excelência.</p>
<p>OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; SANTOS, Claudia Benedita dos. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 184-91, março-abril 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200007&scri</p>	<p>Verificar se existem diferenças nos registros de enfermagem na Unidade de Queimados de um Hospital Universitário no interior do Brasil, quanto ao modo de anotar a assistência de enfermagem, considerando-se três contextos relacionados com a implementação do Processo de Enfermagem (de 1982 a 1986, período inicial de</p>	<p>Estudo retrospectivo longitudinal. Local do estudo: Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Amostra: 18 prontuários (5 prontuários do ano de 1986, 6 de 1990 e 7 de 1993).</p>	<p>Os itens avaliados foram: -Letra legível e clara: melhora entre os anos de 1990 e 1986; -Erros corrigidos corretamente: Não houve mudança nos períodos propostos; -Uso de siglas padronizadas: Tendência para melhora no terceiro período; -Escrita objetiva: Não</p>	<p>Os resultados mostraram uma tendência para melhora apenas em dois itens, sendo eles, letra legível e clara e registro das características observadas.</p>

<p>pt=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2011.</p>	<p>funcionamento da unidade; de 1987 a 1990, período de pré-implementação do PE com três fases, e de 1991 a 1993, período de implementação propriamente dito do PE com cinco fases).</p>		<p>houve mudança no comportamento; -Registro das características observadas: Forte tendência de melhoria das anotações no ano de 1990; -Descrição de informações subjetivas: Não houve mudança nos períodos.</p>	
<p>OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; ROSSI, Lídia Aparecida; HAYASHIDA, Miyeko. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 35, n. 4, p.390-8, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 fev. 2011.</p>	<p>Analisar as anotações de enfermagem, realizadas pela equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar, segundo aparência e conteúdo.</p>	<p>Estudo retrospectivo. Local do estudo: Unidade Especializada de um hospital-escola do interior paulista. Amostra: 2 prontuários do ano de 1992.</p>	<p>Os itens avaliados foram: -Letra legível e clara: Os resultados apontam para uma maior destreza do enfermeiro para executar uma adequada caligrafia do que os auxiliares de enfermagem (AE) e atendentes. -Erros corrigidos corretamente: As três categorias apresentaram níveis baixos de erros; -Uso de siglas padronizadas: Uso adequado dessas siglas, especialmente pelos enfermeiros; -Escrita objetiva: O enfermeiro satisfaz integralmente o item,</p>	<p>Este estudo concluiu que o auxiliar de enfermagem tem um maior número de registro no prontuário, porém o registro do enfermeiro possui informações mais específicas. O estudo ressalta que as anotações revelam a qualidade da assistência devendo o enfermeiro liderar esse processo de melhora.</p>

			<p>seguido pelo atendente.</p> <p>-Registro das características observadas: O atendente obteve um melhor desempenho nesse item, seguido dos auxiliares de enfermagem.</p> <p>-Descrição de informações subjetivas entre aspas: Alcançou percentual muito baixo.</p>	
<p>SANTOS, Sérgio Ribeiros; PAULA, Adenylza Flávia Alves de; LIMA, Josilene Pereira. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 80-7, janeiro-fevereiro 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2011.</p>	<p>Identificar os fatores relacionados à compreensão que os enfermeiros têm frente ao sistema manual de registro de informações em enfermagem.</p>	<p>Estudo de caráter exploratório e descritivo. Abordagem hipotético-dedutiva.</p> <p>Local do estudo: 30 hospitais públicos, privados e filantrópicos, do Município de João Pessoa-PB.</p> <p>Período de coleta de dados: janeiro a maio de 2001.</p> <p>Participantes do estudo: 200 enfermeiros.</p>	<p>Foram identificados 5 fatores principais dentro dos componentes na escala de atitudes sobre o sistema de informação manual:</p> <p>-Pouco conhecimento sobre sistema de informação;</p> <p>-Insatisfação com o sistema manual de registro;</p> <p>-Necessidade de um sistema informatizado de registro do cuidado;</p> <p>-Desejo de utilizar um sistema de classificação em todas as fases do processo de enfermagem;</p> <p>-Dificuldades com os diagnósticos de enfermagem e o registro manual.</p>	<p>Os cinco componentes revelam a necessidade de mudanças no desenvolvimento do registro, uma vez que demonstra a insatisfação dos enfermeiros com o sistema manual de registro.</p>

<p>PIMPÃO, Fernanda Demutti; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; VAGHETTI, Helena Heitmann; LUNARDI, Valéria Lerch. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus Registros: Buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 403-10, jul/set. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2011.</p>	<p>Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo. Período de coleta de dados: julho a novembro de 2009. Local: Unidade de Internação Clínica de um Hospital Público Universitário no sul do Brasil. Análise de dados: Análise textual discursiva. Participantes do estudo: 9 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e 21 auxiliares de enfermagem.</p>	<p>O estudo possibilitou o agrupamento em 4 categorias: - Locais dos registros de enfermagem: Existem três locais de preferência de registro, são eles: folha de controle, a prescrição médica e o livro de ocorrências. -Importância dos registros de enfermagem: Existe a consciência da importância do registro, porém ele não é executado. -Limitações identificadas: A maior limitação alegada pelos participantes foi o número reduzido de profissionais. -Alternativas para viabilizar os registros e a SAE: Aumento do número de profissionais, reorganização do serviço e utilização da academia como colaboradora no processo de implantação da SAE e elaboração dos registros.</p>	<p>A pesquisa aponta para consciência do enfermeiro quanto a sua responsabilidade na execução da SAE e dos registros, porém essa prática é inviabilizada, segundo relato dos mesmos, devido a limitações impostas pelo serviço como número reduzido de profissionais e excesso de atividades administrativo-burocráticas.</p>
---	--	---	---	---

<p>POKORSKI, Simoni; MORAES, Maria Antonieta; CHIARELLI, Régis; COSTANZI, Angelita Paganin; RABELO, Eneida Rejane. Processo de Enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? Rev Latino-am Enfermagem, v.17, n. 3, online, mai/jun. 2009. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 29 jan.2011.</p>	<p>Descrever os passos do processo de enfermagem descrito na literatura e investigar como esse é realizado na rotina diária de um hospital geral.</p>	<p>Estudo transversal retrospectivo (maio/junho 2005) realizado em Porto Alegre (RS). Foram revisados prontuários de pacientes adultos admitidos em unidades cirúrgicas, clínicas e unidade de terapia intensiva para identificar os passos do processo de enfermagem realizados durante as primeiras 48 horas da admissão.</p>	<p>Foram avaliados 302 prontuários. O exame físico esteve presente em mais de 90% dos prontuários. Observou-se que o exame físico é pouco descrito, particularmente quanto ao sistema cardiovascular e respiratório. O diagnóstico de enfermagem não foi encontrado em nenhum dos prontuários. Entre os passos realizados do processo, a prescrição foi a menos frequente. A evolução dos pacientes foi registrada em mais de 95% dos prontuários.</p>	<p>Os resultados mostram que a sistematização da assistência de enfermagem nesta instituição está presente nas atividades diárias da equipe de enfermagem.</p>
<p>CARVALHO, Cesar Junior Aparecido. Análise dos registros de enfermagem em uma Unidade Cirúrgica de um Hospital Escola. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005. 86p. Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Suely Nogueira.</p>	<p>Classificar o conteúdo das anotações segundo as necessidades psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual; identificar a categoria profissional responsável pelo registro e o número de anotações por turno de trabalho.</p>	<p>Pesquisa descritiva, retrospectiva com abordagem qualitativa. A amostra foi de 62 prontuários, contendo 1448 anotações realizadas pela equipe de enfermagem. Os prontuários selecionados correspondiam ao período de 01 de setembro a 31 de outubro de 2003 dos pacientes do sexo</p>	<p>Verificou-se que 35% das anotações foram realizadas pela manhã, 33,4% à tarde e 31,6% à noite. A categoria profissional que mais registrou foi a de auxiliar de enfermagem (99,7%), seguida do enfermeiro (2,9%). Os registros relacionados às necessidades psicobiológicas compõem</p>	<p>As anotações realizadas pela equipe de enfermagem necessitam ser aprimoradas e compostas de forma integral garantindo qualidade na assistência prestada.</p>

		masculino internados nas unidades de gastroenterologia e urologia.	68,2% das anotações, seguido do nível psicossocial com 31,8% e o nível psicoespiritual não foi contemplado em nenhuma anotação.	
ASSUNÇÃO, Rosana Claudia. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005. 112p.	Avaliar os aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem no atendimento a pacientes que apresentaram parada cardiorrespiratória e foram a óbito no ano de 2003, em um hospital escola do interior do Paraná.	Estudo descritivo, retrospectivo, transversal com abordagem qualitativa. Foram analisados 114 prontuários de clientes, acima de 18 anos, que foram a óbito no período de 01 de janeiro a 30 de dezembro de 2003.	Foram encontrados 101 registros sem identificação e 108 de forma inadequada. Ausência de registro sobre medidas terapêuticas em 103 registros. Em relação ao estado geral dos clientes 108 registros não possuíam relato. Referente à concisão e à organização, 114 registros apresentaram-se inadequados.	Percebe-se uma grande lacuna em relação aos registros dos pacientes, visto que, na maioria dos itens avaliados, foram constatadas ausência de informação, o que denota fragilidade dos registros.
SILVA, Shirley Lima; MARQUES, Isaac Rosa. Análise do registro de dados obstétricos em prontuários. Cogitare Enferm. Vol. 12, n. 2, p. 150-156, Abr/Jun. 2007. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/6937 . Acesso em 30 jan 2011.	Analisar as informações registradas em prontuário e identificar o perfil de primigestas quanto aos dados demográficos, do exame físico admissional e obstétrico.	Trata-se de um estudo descritivo-exploratório. A amostra foi constituída por 112 prontuários de pacientes internadas no período de janeiro a fevereiro de 2006, em um hospital público especializado, referência na área de obstetrícia, localizado na região sul da cidade de São Paulo.	Nos registros analisados constatou-se que os dados obstétricos foram os que tiveram maior incidência de registro irregular. Quanto às variáveis: exame especular, integridade da bolsa amniótica, apresentação fetal e dados da bacia foram as que tiveram menor índice de registro.	A falta de registro das variáveis analisadas pode ser um fator negativo no processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto.

<p>ALBUQUERQUE, Candice Cavalcanti de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; GARCIA, Telma Ribeiro. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. Vol. 8, n. 3, p. 336-348, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a04.htm>. Acesso em: 30 jan. 2011.</p>	<p>Identificar os termos empregados pelos componentes da equipe de enfermagem, nos registros em prontuários da UTIN do HULW/UFPB; fazer o mapeamento cruzado dos termos identificados com os constantes na CIPE® Versão 1, de modo a verificar quais os incluídos e os não incluídos e categorizar os termos identificados como não constantes, segundo os eixos da CIPE® Versão 1.</p>	<p>Utilizou-se o método retrospectivo na coleta de dados.</p>	<p>Após análise dos registros, chegou-se a 161 termos constantes nos sete eixos da CIPE® 1, e a 603 não constantes. Dos termos constantes, encontrou-se 45 termos pertencentes ao eixo Foco, 8 ao eixo Julgamento, 23 ao eixo Meios, 39 ao eixo Ação, 12 ao eixo Tempo, 30 ao eixo Localização, e 4 ao eixo Cliente, os quais foram analisados segundo seu índice de relevância para a UTIN.</p>	<p>A linguagem comum habita consideravelmente os dados da documentação de enfermagem, mostrando que não existe o emprego formal de uma terminologia da área, e que, apesar dos registros se apresentarem em número bastante relevante, com dados substanciais registrados, a preocupação em tornar a linguagem universal não se mostrou presente.</p>
<p>ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates; TONINI, Teresa. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm, vol. 11, n.3, p. 409-16, set., 2007. Disponível em: http://bases.bireme.br. Acesso em: 30 jan 2011.</p>	<p>Identificar os cuidados de enfermagem registrados nos prontuários de clientes no pós-operatório de transplante renal; discutir as implicações dos registros para o cuidado de enfermagem e avaliar os cuidados de enfermagem.</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo e observacional, realizado na Unidade de Transplante Renal de um hospital geral, localizado no Rio de Janeiro. Foram analisados 23 prontuários no período de maio a julho de 2005. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados: formulário e observação sistematizada.</p>	<p>Os resultados demonstram que o registro de enfermagem esteve presente nas 24 horas durante o período de internação, porém contemplava apenas a dimensão biológica do cuidado. A observação mostrou que o cuidado ultrapassava os aspectos referentes ao corpo biológico.</p>	<p>Os enfermeiros registravam cuidados referentes às necessidades biológicas do corpo do indivíduo. No entanto, os elementos subjetivos do cuidado, como conversas informais, orientações, apoio, conforto e recreação, não foram registrados.</p>

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa mediatizada pela pesquisa-ação que tem como foco de investigação o *Modus operandi* dos registros de enfermagem em um hospital universitário.

Torna-se necessário desenterrar as raízes da pesquisa-ação nos métodos de investigação do Século 19. Karl Marx, em seu tempo, induzia os operários das fábricas a refletirem sobre suas condições de vida, respondendo a um questionário. Estabelecer a gênese da pesquisa-ação é uma dificuldade, uma vez que o movimento de investigação da prática com o objetivo de melhorá-la tem sido de modo constante. A criação do processo é atribuída a Kurt Lewin, psicólogo alemão, pelo fato de que é reportada a ele a primeira publicação de trabalho empregando o termo (BARBIER, 2007).

A pesquisa-ação consiste na transformação da realidade, gerando modificação na prática e produzindo conhecimento. O objetivo é aprimorar a prática pela variação entre o agir e o investigar, sem limitar-se à ação ao mesmo tempo em que aumenta o nível de conhecimento dos pesquisadores e das pessoas/grupos envolvidos. (op. cit.)

Faz-se necessário planejar adequadamente as ações a fim de alcançar as metas propostas, pois o processo de mudança somente poderá ocorrer se houver uma intervenção eficiente e efetiva. É preciso que o pesquisador conheça profundamente o problema a fim de planejar soluções exequíveis; é pertinente que o pesquisador mergulhe no universo a ser pesquisado, contando com participação essencial de pessoas que conheçam bem a realidade.

Por não fazer parte do quadro funcional da Instituição, a pesquisadora precisou criar meios de aproximação com as equipes, a fim de criar vínculo e conhecer mais profundamente a realidade. Essa aproximação iniciou-se por meio de participação no Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEEF), cujos encontros com dinâmicas e discussões eram realizados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Tais encontros propiciaram o mergulho do pesquisador na realidade institucional e sua aproximação com os participantes.

Na pesquisa-ação não se trabalha *sobre* os sujeitos, mas *com* os sujeitos na pesquisa-ação tornando-a uma prática deliberativa, pró-ativa, e estrategicamente intervencionista. Esse fato obriga a implicação do pesquisador no processo e no universo da pesquisa, conduzindo-o a uma nova postura dele diante daquela realidade (BARBIER, 2007).

Essa mudança gerada é definida por André Lévy apud Barbier (2007) como:

A emergência e o levar em consideração de elementos de significação verdadeiramente novos por um indivíduo ou por um grupo. Alguma coisa, algum sentido radicalmente novo, que não somente emerge da experiência do sujeito, mas também é igualmente por ele considerado, transformando suas perspectivas, seus modos de ser e de pensar, suas relações, e sua estrutura.

Essa definição opõe-se aos tipos de mudanças geradas por pesquisas tradicionais representadas por um processo horizontal e hierárquico, cujos resultados não são comunicados aos participantes, mas referenciado aos que têm poder de decisão. De forma diferenciada na pesquisa-ação, o “pesquisador não apresenta sozinho o seu relatório de pesquisa sem antes o ter apresentado ao seu grupo de pesquisa de campo, principal interessado” (BARBIER, 2007).

A opção pela pesquisa-ação para este estudo se deve por essas considerações relacionadas à construção de conhecimento e ao comprometimento com ações transformadoras.

Todavia, cabe o alerta de Barbier (2007):

(...) nada se pode conhecer do que nos interessa (o mundo afetivo) sem que sejamos parte integrante “actantes” na pesquisa, sem que estejamos verdadeiramente envolvidos pessoalmente pela experiência, na integralidade de nossa vida emocional, sensorial, imaginativa, racional.

Lévy apud Barbier (2007) classifica as pesquisas-ações quanto à: inspiração lewiniana; consulta-pesquisa de inspiração analítica ou socioanalítica; ação-pesquisa e experimentação social. Neste estudo, aplicar-se-á Ação-pesquisa, considerada como aquela que:

[...] representa pesquisas utilizadas e concebidas como meio de favorecer mudanças intencionais decididas pelo pesquisador. O pesquisador intervém de modo quase militante no processo, em função de uma mudança cujos fins ele define como a estratégia. Mas a mudança visada não é imposta de fora pelos pesquisadores. Resulta de uma atividade de pesquisa na qual os atores se debruçam sobre eles mesmos. Se o processo é induzido pelos pesquisadores, em função de modalidades que eles propõem, a pesquisa é efetuada pelos atores em situação e sobre a situação destes.

3.1 O cenário do estudo

O Hospital eleito como cenário de investigação foi o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, no bairro da Tijuca. Trata-se de um hospital geral de médio porte, que opera como referência no atendimento em AIDS, Câncer e Ortopedia, especialidades para as quais está habilitado pelo Ministério da Saúde. O hospital é composto de 211 leitos, divididos nas seguintes modalidades: cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital-dia e leitos complementares que envolvem Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal (PLANO OPERATIVO ANUAL 2009/2010- HUGG).

A Instituição tem como missão e valores institucionais ser um Hospital onde é praticada: Assistência complexa e hierarquizada com excelência; Ensino para formação e qualificação de recursos humanos para a valorização da Vida; Produção de conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

O hospital possui em sua rede mais de 200 profissionais de enfermagem divididos entre enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A unidade de internação pesquisada conta com 14 leitos para tratamento de clientes com situações-problema de doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas. A eleição dessa Unidade se deu em conformidade com a Superintendente e a chefe da Divisão de Enfermagem, uma vez que conhecem os setores e os trabalhadores de enfermagem com maior possibilidade de contribuição à coleta de dados em prontuários e participação no processo de intervenção.

3.2 Estratégias de produção dos dados

A coleta de dados foi realizada com demarcação de três momentos, a saber:

- O Primeiro Momento – A entrada no campo de estudo

Destinou-se ao contato e encontro com a superintendente, a chefe da Divisão e as Supervisões de Enfermagem do HUGG (Apêndice 2). O objetivo do encontro foi a escolha da Unidade/Setor a ser pesquisado. Inúmeros fatores foram considerados, entre eles, a facilidade de acesso aos prontuários e o processo de trabalho das enfermeiras, tão conhecido pelas

gerentes. Após discussão entre as chefias e as pesquisadoras, estabeleceu-se como Unidade de Pesquisa a 10ª Enfermaria.

Nesse encontro foi disponibilizada a escala de plantão dos profissionais de enfermagem do setor a fim de facilitar o convite e agendamento dos encontros. Segundo a Escala de Serviço, os plantões diurnos da 10ª enfermaria são compostos por 1 enfermeira diarista, 1 enfermeira plantonista (que também é responsável pela 8ª enfermaria) e três técnicos/auxiliares de enfermagem. A escala noturna conta com 1 enfermeira plantonista (que também é responsável pela 8ª enfermaria) e três técnicos/auxiliares de enfermagem.

Posteriormente, houve contato com o responsável pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) onde os prontuários são arquivados, para autorização de acesso aos registros e início da coleta de dados documentais.

- O Segundo Momento – O Diagnóstico Simplificado dos Registros de Enfermagem

A pesquisa-ação é iniciada com um reconhecimento da realidade a ser pesquisada. Para isso, foi feito um levantamento dos prontuários com vistas à análise preliminar acerca da situação dos registros realizados pela equipe de enfermagem na unidade de internação. Essa análise servirá para promoção do processo de reflexão e discussão durante os encontros de intervenção.

Foram consultados os prontuários dos clientes que estiveram internados no período de 10 de Maio de 2012 a 09 de Junho de 2012. Para a seleção dos prontuários foi necessário obter junto à Rotina de Enfermagem da 10ª enfermaria uma listagem dos clientes que estiveram internados na Unidade no período estabelecido. Essa relação foi facilmente elaborada através da consulta ao Livro de Ordem e Ocorrências do Setor, totalizando 23 clientes. A coleta foi realizada no mês de Julho de 2012, foram encontrados 220 registros de enfermeiras e 406 registros de técnicos/auxiliares de enfermagem.

Os prontuários foram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Todos os prontuários foram localizados, não gerando nenhuma perda. A revisão dos prontuários foi realizada no SAME da Instituição pesquisada.

Para a análise do prontuário foram utilizados dois roteiros diferentes construídos para a coleta de dados (Apêndice A). Um gerado para avaliação dos registros das enfermeiras e outro para as anotações dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Os instrumentos visam a avaliar a forma e especialmente o conteúdo dos registros. Partiu-se da premissa de que era

possível encontrá-lo na documentação dos clientes. Através do mesmo instrumento foi possível coletar dados quantitativos e qualitativos.

A identificação dos roteiros de coleta de dados foi realizada através da numeração consecutiva cuja ligação ao nome do cliente foi de conhecimento exclusivo dos pesquisadores. O processo de digitação deu-se posteriormente à coleta de dados.

Para os dados quantitativos, foi gerado um banco através do programa computacional EpiInfo. Para a análise estatística, o banco de dados foi exportado e processado com o auxílio do programa SPSS versão 17.0.

Quanto aos dados qualitativos, foi realizada a transcrição literal de todos os registros executados pelos componentes da equipe de enfermagem. A partir dessa transcrição, todo o conteúdo foi digitado, utilizando o Programa Word, para formar o corpus de análise, a fim de identificar a repetição ou aproximação dos termos utilizados nos registros. Após o agrupamento, emergiram os termos prevalentes nas anotações.

- O Terceiro Momento – A intervenção

De posse do diagnóstico simplificado dos registros de enfermagem nos prontuários, deu-se início aos encontros para o processo de intervenção, quando foi possível aos profissionais conhecer, refletir e discutir sobre como estão e como deveriam estar seus registros.

Entendendo que se tornaria impossível o processo de intervenção sem a presença dos profissionais de enfermagem, um levantamento foi realizado junto às enfermeiras e a Chefia de Enfermagem quanto ao horário mais favorável para que os encontros fossem realizados. O período da tarde foi eleito pelas enfermeiras por ser um turno com menos atividades. Posteriormente, foram distribuídos convites nos setores e anexados aos murais da Instituição.

Para os encontros, foram estabelecidos critérios de inclusão, a saber: Ser profissional de enfermagem lotado e com vínculo empregatício no HUGG.

Os encontros tiveram participação de enfermeiras plantonistas, de supervisoras de enfermagem, das coordenadoras de Unidades, da divisão e da superintendência de enfermagem, totalizando 16 enfermeiras. Embora o convite fosse estendido aos técnicos/auxiliares de enfermagem, não houve participação dessa categoria nos encontros.

Dois encontros foram realizados nos auditórios, localizados próximos à 10ª enfermaria, em datas e horários que favorecessem a presença do maior quantitativo possível

de profissionais. Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos para a forma de texto buscando-se facilitar o entendimento e a interpretação dos dados.

A dinâmica do trabalho deu-se por discussões, onde se buscou reconhecer que o “problema nasce, num contexto preciso, de um grupo em crise”. A pesquisadora iniciou apresentando os objetivos do estudo, a justificativa, a metodologia e os resultados encontrados.

Nos encontros foram seguidas algumas etapas, a saber:

- 1) Apresentação do diagnóstico situacional dos registros de enfermagem do HUGG.
- 2) Validação dos dados pelas enfermeiras
- 3) Discussão sobre as implicações da qualidade dos registros para a enfermagem.
- 4) Estabelecimento de metas para a realidade apresentada, considerando as dificuldades no processo de trabalho cotidiano das Unidades de Internação.

Após a apresentação dos resultados, iniciou-se a discussão. As discussões geradas acerca da prática exercida no hospital pela equipe de enfermagem foram preciosas e profícuas. Nesse processo, o papel do pesquisador foi de colaboração aos participantes para elencarem os pontos cruciais relacionados a cada situação-problema dos registros e determinarem planos de objetivos e metas a serem implantadas na prática com a discriminação do que e como fazer coletivamente para resolução de problemas. Cabe ressaltar que a participação das enfermeiras logo após a apresentação do diagnóstico foi tímida, havendo necessidade do moderador agir instigando-as à discussão.

Para a pesquisa-ação as questões são da coletividade e não apenas do pesquisador. Cabe ressaltar que, muitas vezes a atuação profissional pode gerar dificuldades de identificação de situações-problema, que por se tornarem muito familiares no dia-a-dia, acabam não sendo mais reconhecidos como questões que requerem intervenções ou resoluções. Barbier (2007) afirma que:

Na pesquisa-ação, os dados são retransmitidos à coletividade, a fim de conhecer sua percepção da realidade e de orientá-la de modo a permitir uma avaliação mais apropriada dos problemas detectados. O exame dos dados visa a redefinir o problema e encontrar soluções [...] isso exige uma linguagem acessível a todos. O traço principal da pesquisa-ação — o *feed back* — impõe a comunicação dos resultados de investigação aos membros nela envolvidos, objetivando a análise de suas reações.

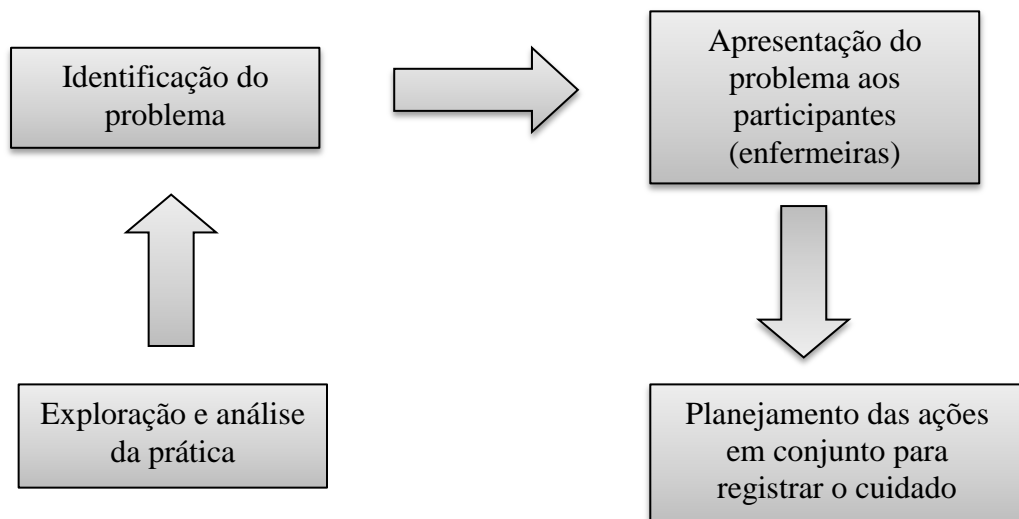
A pesquisa-ação tem sido um método participativo, conforme defende Lapassade apud Barbier (2007), apontando que o problema nasce na comunidade que o analisa e resolve, a

meta da pesquisa é a transformação da realidade e conseqüente melhoria do processo de trabalho dessas pessoas, portanto os maiores beneficiários são os próprios membros da equipe.

A pesquisa-ação exige a participação plena dos sujeitos, tornando-se necessário seu envolvimento em todo o processo de pesquisa, facilitando a análise mais precisa e próxima à realidade. O pesquisador é um participante engajado, aprendendo durante a pesquisa. Portanto, a confiabilidade e validação dos dados dar-se-ão a todo o momento pelos participantes do estudo junto ao pesquisador.

Para melhor ilustração, encontra-se abaixo um diagrama do processo de pesquisa-ação.

Diagrama 1: Representação da estratégia de produção de dados.



3.3 Aspectos éticos da pesquisa

Ofícios de solicitação de autorização foram encaminhados à Direção Geral e à Superintendência de Enfermagem do HUGG (Apêndice B).

Após autorização das instâncias superiores citadas, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sendo aprovado pelo Parecer nº 23646 em 26 de abril de 2012. (Anexo A)

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C) para que os participantes conhecessem os seus direitos e deveres ao participarem do estudo. Ademais, esse documento destaca os objetivos do estudo, o compromisso com a privacidade e confiabilidade dos resultados, preservando integralmente o anonimato dos participantes.

Como forma de preservar a identidade das participantes do estudo, na apresentação e discussão dos dados, utilizou-se a sigla “E” para enfermeiras, sequenciando-as por números (E1, E2, E3, E4...) obedecendo às normativas éticas da Resolução CNS nº 196/96.

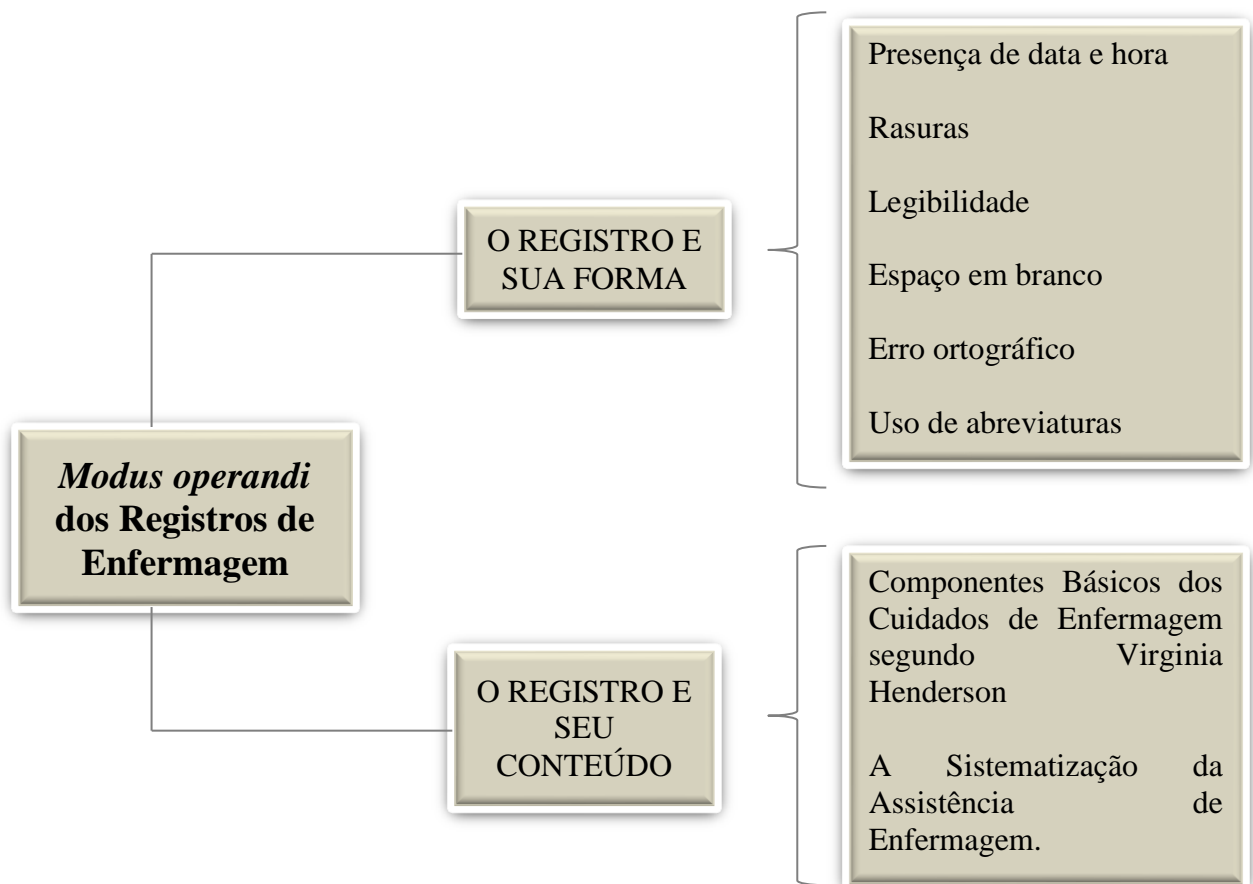
RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS REGISTROS: O *Modus operandi* de registrar da equipe de enfermagem.

Foram coletados dados de 23 prontuários, resultando em 220 registros realizados por enfermeiras e 406 registros realizados por técnicos/auxiliares de enfermagem. Ressalta-se a facilidade na obtenção dos dados, assim como, a colaboração dos profissionais que trabalham no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), onde se encontravam os prontuários selecionados.

Após esse momento os dados brutos foram tratados e separados em eixos de análise, a saber: O REGISTRO E SUA FORMA e O REGISTRO E SEU CONTEÚDO. No eixo Forma dos registros analisou-se a presença de data e hora, rasuras, legibilidade, espaço em branco, erro ortográfico, uso de abreviaturas e identificação profissional. No eixo Conteúdo dos Registros, discutiram-se os resultados com base nos Componentes dos Cuidados Básicos de Enfermagem segundo Virginia Henderson e na Sistematização da Assistência de Enfermagem.



4.1.1 O REGISTRO E A SUA FORMA: a estrutura e as fragilidades.

A Tabela 1 permite observar que entre os 220 registros realizados por enfermeiras, 219 apresentaram apenas 1 anotação por plantão. Nos registros dos técnicos/auxiliares (téc/aux) de enfermagem identificou-se que em número reduzido, havia mais que uma anotação por plantão. Todos os registros de enfermeiras encontrados correspondiam ao serviço diurno, logo não há registro do serviço noturno. As anotações dos técnicos /auxiliares correspondiam aos 2 turnos.

A enfermagem é, dentre a equipe multiprofissional que está envolvida no processo de cuidar, a categoria que permanece com o cliente 24h e seu processo de trabalho é permeado de rotinas, procedimentos, condutas e intervenções. A constatação de (predominantemente) apenas uma anotação por plantão demonstra que seus exercentes não estão de fato registrando tudo que executam. O registro é a forma de documentar o cuidado prestado tornando-o visível. A insuficiência dos registros interfere na avaliação da qualidade da assistência prestada. Mazza et al. (2001) citam que se deve registrar os procedimentos e todas as intercorrências com o cliente, inclusive citando o horário.

Tabela 1: Distribuição numérica e percentual de anotação por plantão

<i>Frequência de anotação por plantão</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Uma anotação	218	99,1	369	90,9
Duas anotações	2	0,9	27	6,7
Três anotações	0	0	4	1,0
Quatro anotações	0	0	5	1,2
Cinco anotações	0	0	1	0,2
Total	220	100	406	100

A anotação da data esteve presente em 80,9% dos registros das enfermeiras e a presença do horário representou 65,5%. Percebe-se que nos Registros do técnico/auxiliar de enfermagem, 94,3% não tinham a data e 52,7% não tinham a hora (Tabela 2). Observa-se que a enfermeira se atenta para a inserção da data no início do registro, fato que não se repete na

questão do horário. A ausência de data em alguns registros dificultou a coleta de dados, pois era difícil saber a qual dia o registro pertencia.

Em relação ao técnico /auxiliar de enfermagem percebe-se que 94,3% dos registros não continham a data, cabe ressaltar que esses profissionais efetuam seu registro, em espaço destinado para anotações no verso da folha de prescrição médica. No cabeçalho da prescrição é inserida a data, o que não dispensa a sua colocação no início do registro.

Os resultados apresentam semelhança parcial com um estudo anterior realizado por Matsuda (2006), no qual se observou que de um total de 124 registros realizados pela enfermeira 80,4% não havia data e 72,5% não continham hora. Nos registros dos auxiliares de enfermagem 53,5% não havia data e 90,4% não havia a hora.

Segundo Ito et al. (2011), itens importantes e necessários devem estar presentes antecedendo as anotações, entre eles, o horário. Mazza et al. (2001) aponta que ao iniciar os registros deve-se “mencionar corretamente os horários (hora e minutos) da realização de cada procedimento, de forma a evitar ambiguidades”.

Tabela 2: Distribuição numérica e percentual da presença de data e hora ao início dos registros.

<i>Presença de data e hora</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Presença de data no registro				
Sim	178	80,9	23	5,7
Não	42	19,1	383	94,3
Presença de hora no registro				
Sim	144	65,5	192	47,3
Não	76	34,5	214	52,7

Em relação à forma do registro das enfermeiras, a distribuição das frequências apresentou o seguinte perfil: letra legível 98,6%, espaço em branco 1,4%, erro ortográfico 0,9% e presença de, no mínimo, uma abreviatura 96,4%. (Tabela 3). No registro dos técnicos/auxiliares de enfermagem 93,1% continham letra legível, 17,7% espaço em branco, 7,1% erro ortográfico e 88,9% o uso de pelo menos uma abreviatura.

Tabela 3: Distribuição numérica e percentual dos registros, segundo as características do registro em relação à forma.

<i>Características do registro (forma)</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Letra legível				
Sim	217	98,6	378	93,1
Não	3	1,4	28	6,9
Espaço em branco				
Sim	3	1,4	72	17,7
Não	217	98,6	334	82,3
Erro ortográfico				
Sim	2	0,9	29	7,1
Não	218	99,1	377	92,9
Uso de no mínimo uma abreviatura				
Sim	212	96,4	361	88,9
Não	8	3,6	45	11,1
Presença de rasuras				
Sim	45	20,5	65	16,0
Não	175	79,5	341	84,0
Identificação do profissional ao final do registro				
Sim	219	99,5	326	80,3
Não	1	0,5	80	19,7

Os resultados mostram que 1,4% do registro das enfermeiras apresentaram letras ilegíveis, porém em nenhum deles a ilegibilidade interferia na compreensão do texto, ou seja, era possível entender a mensagem analisando o contexto.

No registro dos técnicos/auxiliares de enfermagem 6,9% dos registros apresentavam ilegibilidade, desses, apenas 3,2% interferiam na compreensão do texto. Encontrou-se registros que continham 60 palavras com apenas 5 compreensíveis, prejudicando a tradução de ideias, objetivos e intenções pelo receptor da mensagem.

A ilegibilidade do registro interfere negativamente na interpretação de informações no prontuário do cliente, podendo levar a prejuízos, comprometendo a segurança do cliente e a comunicação entre a equipe. Todo o registro efetuado no prontuário do cliente constitui-se documento legal, logo deve ser escrito com letra legível, que permita a compreensão do texto

e da mensagem. Vale destacar que o uso do prontuário eletrônico contribui para a legibilidade dos registros.

No estudo realizado por Fontes et al. (2006), foram analisadas 489 anotações, observou-se que 56,6% dos registros executados por enfermeiras eram adequados, 24,1% parcialmente inadequado e 19,2% inadequados. O autor considerou adequado o registro que tinha fácil compreensão e não exigia esforço para leitura, parcialmente inadequado quando permitia a compreensão com um pouco de esforço e inadequado quando a escrita dificultava a leitura e/ou compreensão.

Ao confrontar os dados com os obtidos no estudo de Ochoa-Vigo et al. (2001) encontra-se semelhança. O estudo analisou 1544 anotações de enfermagem e observou-se que, no item letra legível e clara, 76,4% dos registros realizados pelas enfermeiras foram classificados na categoria Total, enquanto que nos auxiliares, apenas 19,8% obtiveram essa categoria.

Com relação à existência de espaço em branco, foram constatadas 1,4% ocorrências nos registros das enfermeiras e 17,7% nos dos técnicos/auxiliares. Mazza et al. (2001) relaciona uma série de itens facilitadores no processo de registrar, a autora ressalta a importância de não deixar linhas em branco entre uma e outra anotação. Percebe-se que a ocorrência esteve mais presente nos registros dos técnicos/auxiliares de enfermagem, talvez se deva ao fato desse ser um dos itens mais enfatizados no meio acadêmico, no processo de formação da enfermeira, durante os estágios supervisionados e ensinamentos clínicos. Os espaços em branco podem gerar riscos e implicações sérias nos aspectos éticos e legais.

Quanto à presença de erros ortográficos, constatou-se 0,9% de erros no registro das enfermeiras e 7,1% no registro dos técnicos/auxiliares. Os erros ortográficos expõem a enfermagem diante de outros membros da equipe, além de desestimular a leitura dos registros por outros. O número de erros apresentou-se menor entre enfermeiras, esse achado pode estar associado ao maior grau de instrução dessa categoria.

O uso de abreviaturas esteve presente em 96,4% dos registros efetuados pelas enfermeiras e 88,9% dos registros dos técnicos/auxiliares. No quadro abaixo se aponta as siglas que mais comumente foram encontradas nos registros.

Quadro 3: A diversidade de siglas

Siglas	Decodificação	Para identificar o
HV	Hidratação venosa	Procedimento
AV	Acesso venoso	Procedimento
SCD	Subclávia direita	Procedimento
AVP	Acesso venoso periférico	Procedimento
EDA	Endoscopia digestiva alta	Procedimento
MNBZ	Macronebulização	Procedimento
PVPVJIE	Punção venosa profunda veia jugular interna esquerda.	Procedimento
CVD	Cateter vesical de demora	Procedimento
SVD	Sonda vesical de demora	Procedimento
CNE	Cateter nasoenteral	Procedimento
SNE	Sonda nasoenteral	Procedimento
EV	Endovenosa	Procedimento
BI	Bomba infusora	Procedimento
MSE e MSD	Membro superior esquerdo e membro superior direito.	Corpo
TVP	Trombose venosa profunda	Corpo
MMSS e MMII	Membros superiores e membros inferiores	Corpo
VAS	Vias aéreas superiores	Corpo
TQT	Traqueostomia	Corpo
aa	Ar ambiente	Corpo
UP	Úlcera por pressão	Corpo
ATB	Antibiótico	Medicamento
AGE	Ácidos graxos essenciais	Medicamento
RL	Ringer Lactato	Medicamento
SIC	Segundo informações colhidas	Comunicação

O quadro acima possibilita a identificação das siglas relacionadas às ações de enfermagem sendo 54,1% para procedimentos, 29,2% para corpo e 12,5% para medicamentos

e 4,2% para a comunicação. Percebe-se que, predominantemente, o registro está voltado para a técnica, que não se configura como um cuidado de enfermagem.

Na Instituição investigada não existe padronização das siglas e abreviaturas, permitindo que os profissionais utilizem-nas de forma indiscriminada. Os profissionais de saúde têm o conhecimento que existem algumas siglas que são padronizadas internacionalmente e que podem ser usadas livremente, entretanto, nos registros analisados, ocorrem inúmeras variações de siglas, ou seja, o uso de diferentes siglas para um termo com o mesmo significado (Quadro 2).

Quadro 4: As variações de siglas.

Tradução	Variação de siglas	Para identificar o
Acesso venoso profundo em subclávia direita.	PVPSCD Acesso venoso profundo SCD. Acesso venoso profundo em SD. AV profundo. HVSD	PROCEDIMENTO
Acesso venoso periférico.	PVP; AVP; HVP	
Cateter vesical de demora.	SVD; CVD; CV	
Macronebulização.	MNZ; McNBZ; MNBZ;	
Cateter nasoenteral.	CNE; SNE.	
Acesso venoso profundo em jugular interna direita.	HV em curso JID. Acesso venoso em VJID.	
Bomba de infusão contínua.	BIC; BI.	

O uso indiscriminado de siglas e abreviações prejudica o entendimento da mensagem escrita, para Machado (2010) as mensagens transmitidas nestes registros são referentes a uma linguagem cifrada, ou uma linguagem “tribal”, a qual só é decodificada por poucos, ou por aqueles que conhecem e controlam este espaço. Nesse contexto, o autor destaca que “as mensagens contidas nos registros dos profissionais, restringem-se àqueles que trabalham em unidades como essas analisadas, privando os outros (indivíduos que não fazem parte daquele ambiente de cuidado) do entendimento de seus textos”.

Oriá (2007) destaca que a comunicação “é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal”, nesse contexto, cabe salientar que o uso de siglas e abreviaturas não padronizadas pode levar a diferentes interpretações, gerando riscos e dificultando a comunicação.

O processo de globalização gerou facilidade de acesso rápido às informações geradas pelos meios de comunicação, especialmente o computador. Vive-se, atualmente, uma era digital. A internet, especialmente as redes sociais, tem sido amplamente utilizada impregnando o cotidiano com uma linguagem diferenciada. A cultura do “informatiquês”, que é uma forma de escrita oralizada (MACHADO, 2010), está se fortalecendo no Brasil e no mundo. Essa linguagem originada desse meio de comunicação tem, aos poucos, invadido o ambiente hospitalar e deixado marcas nos registros. Encontrou-se nos textos analisados as seguintes expressões e símbolos: Pct, vol, esq, ext, int, +, ↑, ↓, s/, c/, p/, reg, gde. Diante desses apontamentos, cabe o questionamento: Qual o entendimento dos profissionais acerca da importância e das implicações dos registros que fazem? Como esse tipo de registro poderá marcar a enfermagem e firmá-la como ciência? O quadro abaixo mostra as abreviações encontradas e a tradução, que foi feita conforme a interpretação do contexto da frase.

Quadro 5: As abreviações e a tradução.

Abreviações	Palavras
Vol	Volume
Pct	Paciente
C/	Com
S/	Sem
+	Presente
Gde	Grande
Reg	Região
P/	Para
Ext	Externo
Int	Interno
Esq.	Esquerda
FFP	Funções fisiológicas presentes

Nesse sentido, torna-se necessário que as Instituições de Saúde padronizem as siglas e abreviações, pois seu uso facilita o trabalho dos profissionais, uma vez que agiliza o processo, tornando o registro mais uniforme e minimizando interpretações errôneas.

A presença de rasura, no registro das enfermeiras, representou 20,5% das anotações, sendo eles 14,1% ocultando o original com caneta e 6,4% ocultando o original com corretivos. No registro dos técnicos/auxiliares foram constatadas rasuras em 16% dos registros, sendo 9,1% ocultando o original com corretivos e 6,9% ocultando o original com caneta. (Tabela 4). Percebe-se que a forma mais comum de correção pelas enfermeiras foi a escrita sobre a palavra errada, fato também comprovado pelo estudo de Matsuda (2006). Para os técnicos/auxiliares o uso de corretivos para ocultar a palavra original foi mais prevalente.

Sabe-se que independente da forma de correção de rasuras, a sua presença pode tornar o documento inválido e nulo em casos de processos legais e jurídicos. O Código de Processo Civil destaca no Artigo 386 que “o juiz apreciará livremente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento”. Segundo Mazza (2001), “Rasuras caracterizam alteração de registros feitos. Quando percebido erro na escrita, escrever a palavra “digo” entre vírgulas, citar o termo correto e seguir redigindo a anotação”. Considerar o aspecto legal dos registros parece imprescindível, logo não existe limite de padrão para rasuras, ela é inaceitável.

Tabela 4: Distribuição numérica e percentual dos registros da forma de correção de rasuras

<i>Forma de correção da rasura</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n°)	%	Frequência (n°)	%
Ocultando o original com caneta	31	14,1	28	6,9
Ocultando o original com corretivos	14	6,4	37	9,1
Total	45	20,5	65	16

No tocante à identificação do profissional executor, 99,5% dos registros das enfermeiras continham algum tipo de identificação, desses, 0,5% apresentavam apenas a rubrica, 0,5% assinatura e número de registro profissional, 1,8% apenas assinatura, 8,6% assinatura e categoria profissional e 88,1% assinatura, categoria profissional e número do

registro profissional. (Tabela 4). Quanto aos técnicos/auxiliares, os dados que identificam o profissional eram inexistentes em 19,7% dos registros.

Tabela 5: Distribuição numérica e percentual da qualidade da identificação profissional ao final do registro.

<i>Qualidade da identificação profissional</i>	Enfermeiras		Técnicos/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Apenas rubrica	1	0,5	50	12,3
Assinatura e número de registro profissional	1	0,5	0	0
Apenas assinatura	4	1,8	141	34,7
Assinatura e categoria profissional	19	8,6	65	16
Assinatura, categoria e número de registro profissional.	194	88,1	70	17,3
Total	219	99,5	326	80,3

Para melhor entendimento, neste estudo, distribuiu-se a qualidade da identificação profissional em três eixos: o correto, o aceitável e o inaceitável.

A Resolução COFEN 311/07 que aprova o Código de ética dos profissionais de enfermagem, estabelece no Artigo 54, que o profissional deve “Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional”. Essa determinação caracteriza-se como responsabilidade e dever e não uma opção, o não cumprimento dessa exigência implica em sérias repercussões éticas. Partindo desse princípio, entende-se que a forma completa e correta de identificação, consiste de assinatura, categoria e número do registro profissional.

Enquadraram-se na categoria aceitável os registros em que constavam a assinatura e o número do registro profissional. Na Instituição em que os dados deste estudo foram coletados, o conteúdo do prontuário está organizado de forma integrada, ou seja, ele integra as observações por episódio em ordem cronológica, independente da fonte que origina as informações (MUNCK, 1999). As enfermeiras registram as suas atividades no mesmo espaço destinado aos demais membros da equipe. Os técnicos/auxiliares de enfermagem evoluem na face posterior da folha de prescrição médica. Uma vez que os espaços destinados à execução dos registros são diferentes, ao se analisar os prontuários, é possível identificar clara e

facilmente, qual profissional o executou. Esse fato leva a enquadrar os registros com número da inscrição e a assinatura como aceitável. Soma-se a isso o fato de, o número da inscrição no Conselho, ser a melhor e mais segura forma de localização e identificação de um profissional.

Na categoria inaceitável, enquadram-se os registros que contêm apenas nome, apenas rubrica e os que contêm assinatura e categoria profissional. Entende-se que esses itens não possibilitam a identificação do profissional de forma segura e podem, em caso de ações jurídicas, gerar danos ao exercente e à Instituição.

Nessa perspectiva, conclui-se que 88,1% da identificação das enfermeiras caracterizam-se como corretas, 0,5% aceitáveis e 10,9% são inaceitáveis. A identificação dos técnicos/auxiliares de enfermagem aponta um dado alarmante, apenas 17,3% encontram-se corretas, nenhuma se classifica como aceitável e 63% são inaceitáveis.

Constatou-se a presença de palavras generalizadas/evasivas (Tabela 6). Esses termos são subjetivos e possibilitam diferentes interpretações uma vez que depende da percepção de cada indivíduo. Comumente foram encontrados registros como *Refere boa aceitação da dieta*, *Aceitando bem a dieta* ou *Diurese em grande quantidade*. Os termos, boa, bem e grande podem ter dimensões diferentes para cada sujeito. Nesse contexto, torna-se fundamental a padronização de termos na Instituição, determinando formas de mensurações com vistas a uniformizar a linguagem entre os profissionais, diminuir as interpretações diferenciadas e facilitar a comunicação entre a equipe multiprofissional.

Tabela 6: Distribuição numérica e percentual dos termos generalizados/evasivos.

<i>Termos generalizados/evasivos</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Bem	30	13,7	50	12,3
Bom	2	0,9	1	0,2
Muito	1	0,5	0	0
Pouco	10	4,5	8	2,0
Grande	4	1,8	4	1,0
Pequeno	2	0,9	0	0
Boa	13	5,9	15	3,7
Total	62	28,2	78	19,2

Este subcapítulo apresentou os dados relacionados ao primeiro eixo “O REGISTRO E SUA FORMA”, com discussão das inúmeras fragilidades nas questões relacionadas aos aspectos éticos e legais. No entanto, o fato de ter chegado a essas respostas relacionadas à forma de registrar pode ser considerado como um avanço e uma vitória ao comparar com estudos anteriores que demonstram a sua inexistência. A presença dos registros nos prontuários, mesmo que inadequada e insuficiente, demonstra um progresso e uma contribuição significativa para a história e a memória da enfermagem.

4.1.2 O REGISTRO E O SEU CONTEÚDO: O *Modus operandi* do registro sobre os cuidados de enfermagem.

Este subcapítulo tratará do conteúdo dos registros no qual se identificam mensagens com teor sobre aspectos anatomofisiológicos, espirituais, semiotécnicos e semiológicos, que serão fundamentados à luz da Teoria de Virginia Henderson e da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

4.1.2.1 O *Modus operandi* de registrar baseado nos princípios básicos de Enfermagem.

A prática assistencial baseada em uma teoria torna científico o cuidado de enfermagem. As teorias de enfermagem subsidiam a organização, análise e interpretações das informações acerca do cliente.

A teorização de enfermagem nasce com Florence Nightingale que através de seu trabalho, demonstrava que a enfermeira não precisava conhecer tudo sobre a patologia. Ela precisava atuar nas respostas e condições manifestadas no indivíduo. Florence estabeleceu tentativas de diferenciar a prática da enfermagem da prática da medicina. Os seus princípios visionários já nesse tempo demonstravam que a enfermagem podia ter sua prática autônoma e reflexiva, independente do modelo biomédico. Ainda que implicitamente, introduziu a ideia do julgamento clínico realizado pelas enfermeiras, que seria a base para as intervenções de enfermagem.

Apesar de seus esforços, ao longo dos anos, a enfermagem assumiu posição de submissão a outras categorias profissionais e permaneceu estagnada e centrada no modelo biomédico. Essa afirmação é fundamentada por Tannure e Pinheiro (2010) quando dizem que “a enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos e de conceitos preexistentes que lhe ditassem o que fazer e como fazer, e na maioria das vezes, não refletia sobre por que fazer e quando fazer”.

Na década de 1950, Virginia Henderson e outras enfermeiras enfocavam o papel das enfermeiras quanto às necessidades dos doentes. Nesse contexto, Henderson discutia qual seria a função de competência exclusiva da enfermeira e pulsava a questão: “Onde permanece a preeminência da enfermeira? Tem ela função distinta e, se a tem, qual será?” (HENDERSON, 1989).

Em seus ensinamentos Henderson (1989) afirma que:

A função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo (doente ou sadio) no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter morte serena) – atividades que ele desempenharia só, se tivesse a força, vontade ou o conhecimento necessários. E fazê-lo de modo que o ajude a ganhar sua independência o mais rápido possível.

Caminhando no tempo, percebe-se que não houve avanço em relação a esse questionamento, as enfermeiras ainda não sabem qual é a sua função peculiar. Essa afirmação comprova-se no estudo de Figueiredo et al. (2005) que buscou saber o que a enfermagem faz com efeito e que é específico de sua competência. Em seus resultados, as autoras apontam que:

Um dos maiores problemas, habitualmente apresentado pelos profissionais de enfermagem, condiz com o fato de que trabalham muito e não sabem o que significa este seu *fazer* como ciência e como prática substantiva que dê sustentação à autonomia/independência requerida pela profissão, fato esse que não corresponde às lídimas exigências nos tempos de hoje.

Nos achados, percebeu-se que há certa (in)compreensão ou (des)entendimento acerca dos cuidados de enfermagem, porque 48 atos descritos pelas enfermeiras eram dependentes de ordem médica, enquanto 33 ações e tarefas fazem parte de um plano de procedimentos técnicos e cuidados com o corpo realizados com independência. Décadas após as reflexões e ensinamentos de Florence e Henderson a enfermagem ainda não se reconhece como prática autônoma.

O teor do trabalho de Virginia Henderson aponta um interesse profundo pelo indivíduo, sendo ele sadio ou enfermo. Para isso ela sistematiza a assistência em 14 componentes básicos dos cuidados de enfermagem, listando situações que afetam as necessidades básicas do ser humano.

Os componentes básicos, segundo Henderson (1989), são: 1) Ajudar o paciente na respiração; 2) Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos; 3) Auxiliar o paciente na eliminação; 4) Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, assentar-se, deitar-se e mudar de uma posição para outra; 5) Ajudar o paciente a repousar e a dormir; 6) Ajudar o paciente na escolha do vestuário, no vestir-se e despir-se; 7) Ajudar o paciente a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal; 8) Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentar; 9) Ajudar o paciente a evitar riscos no ambiente, proteger as pessoas de quaisquer perigos em potencial que possam proceder do paciente, tais como infecção ou atos de violência; 10) Ajudar o

paciente a se comunicar com outros, a exteriorizar suas necessidades e sentimentos; 11) Ajudar o paciente na prática de sua religião ou cumprimento da sua concepção do que seja certo ou errado; 12) Ajudar o paciente a ocupar-se em algum mister produtivo; 13) Ajudar o paciente com meios e recursos para desenvolver atividades recreacionais; 14) Ajudar o paciente a aprender.

A partir da análise dos registros de enfermagem (enfermeiras e técnicos/auxiliares) emergiram 8 componentes básicos (Tabela 7), são eles: Ajudar o paciente na respiração e a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal; Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos; Auxiliar o paciente na eliminação; Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, assentar-se, deitar-se e mudar de posição; Ajudar o paciente a repousar e a dormir; Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentar e Ajudar o paciente a se comunicar com outros, exteriorizar suas necessidades e sentimentos.

Tabela 7: Distribuição numérica e percentual dos registros, segundo os Componentes Básicos dos Cuidados de Enfermagem de Virginia Henderson.

<i>Registros da ação de cuidar</i>	<i>n^o</i>
Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, assentar-se, deitar-se e mudar de posição.	6
Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentar.	
<i>Higiene</i>	151
<i>Avaliação da pele e/ou presença de curativos</i>	106
Ajudar o paciente na respiração e a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal.	206
Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos.	463
Auxiliar o paciente na eliminação.	
<i>Urinária</i>	529
<i>Intestinal</i>	389
Ajudar o paciente a repousar e a dormir.	27
Ajudar o paciente a se comunicar com outros, a exteriorizar suas necessidades e sentimentos.	3

I) Registro da ação de cuidar: **Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, assentar-se, deitar-se e mudar de posição.**

Nos aspectos relacionados à postura e movimentação, identificou-se a presença de 6 registros, sendo 5 realizados pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e apenas 1 pela enfermeira (Tabela 8).

Através da avaliação do aparelho locomotor é possível identificar situações/problemas que possam determinar o nível de dependência do cliente. O exame inclui a avaliação da capacidade do cliente em mudar de posição, sua força, sua coordenação motora, postura, massa muscular e simetria (BARROS, 2010). Diversas escalas de risco e avaliação tem a Locomoção/Movimentação como um de seus critérios. A Escala de Braden, que tem por objetivo mensurar o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão em clientes durante o período de internação hospitalar, apresenta a mobilidade como um dos parâmetros de avaliação.

Os registros encontrados neste estudo referentes à locomoção foram identificados como *deambulando* (03), *deambulando com auxílio* (01) e *realizado mudança de decúbito* (02). Cabe destacar que dos 6 registros encontrados, apenas 1 foi executado pela enfermeira.

É responsabilidade da enfermeira a avaliação da mobilidade do cliente. Caso ele esteja impossibilitado de realizar movimentos no leito – *Mobilidade no leito prejudicada* (NANDA) - cabe à equipe de enfermagem intervir, realizando a mudança de decúbito e promovendo, mesmo em condições desfavoráveis, o conforto e bem-estar.

Entende-se que muitas vezes algumas condutas de enfermagem ficam prejudicadas devido ao número reduzidos de profissionais para prestar o cuidado. Entretanto, cabe a enfermeira, com seu senso crítico e capacidade de avaliação, orientar a equipe quanto aos casos que merecem mais atenção e intervenção de enfermagem. Um cliente que não apresenta comprometimento no aparelho locomotor e consegue desempenhar com independência as atividades, exige a supervisão de enfermagem, porém não demanda o mesmo tempo que o cliente acamado. Realizar o julgamento clínico e o planejamento da assistência são competências da enfermeira.

Diante dos resultados, constatou-se que a falta de registros concernentes à locomoção/movimentação do cliente impossibilita a comunicação entre as equipe dificultando a avaliação da necessidade do cliente pela enfermeira. Logo, traz prejuízos à avaliação e para o planejamento da assistência.

II) Registro da ação de cuidar: **Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentar.**

No que diz respeito à higiene, observou-se a presença de 151 registros, sendo 149 executados pelos técnicos/auxiliares e 2 pela enfermeira (Tabela 11).

A higiene é uma necessidade humana básica e no ambiente hospitalar é uma atribuição da enfermagem garanti-la, especialmente aos clientes que apresentam limitação para o autocuidado. A enfermagem cuida de um ser biológico, psicológico, social, espiritual, dotado de sentimentos, emoções e percepções. Sendo assim, a higiene pode ser analisada dentro de duas principais dimensões – psicológica e biológica.

Na concepção biológica, são inúmeras as finalidades da higiene, entre elas: Proporcionar bem estar e conforto, remover sujidades e odores desagradáveis, estimular a circulação, promover o relaxamento muscular, aliviar a sensação de fadiga, de desconforto da posição permanente e de umidade produzida pelo calor, remover células mortas e micro-organismos, favorecer a transpiração, oportunizar a observação do estado da pele e verificação de anormalidades e permitir maior interação enfermeira/cliente (POTTER E PERRY, 2009).

Na concepção psicológica, pode-se dizer que a higiene quando realizada em momentos próprios garantem o bem estar e conforto do cliente. As respostas positivas da higiene podem ser avaliadas de diferentes formas, cabe ao profissional saber analisá-las. Em clientes lúcidos, as respostas podem ser identificadas imediatamente através do relato do cliente após o banho. Em clientes com alteração do nível de consciência as respostas podem ser observadas através de sinais emitidos pelo corpo. Um cliente taquicárdico, sudoreico, com alteração de frequência respiratória, e após a higiene os parâmetros hemodinâmicos se estabilizam, pode-se afirmar que a higiene foi terapêutica.

A enfermagem ainda tem pautado a assistência no modelo biomédico, negligenciando princípios básicos do cuidado. Atualmente, o número de profissionais de enfermagem não tem correspondido à exigência dos cuidados a serem prestados. Fato gerado pela superlotação de pacientes internados nos hospitais. Isso significa que muitos aspectos dos cuidados de enfermagem, que poderiam ter a participação da enfermeira, têm sido realizados somente pelos profissionais de nível técnico, entre eles a higiene. Nesse contexto, busca-se sustentação na afirmação de Virginia Henderson (1989)

Embora presentemente essas mudanças sejam uma necessidade a acompanhar a crescente procura de toda espécie de serviços, a enfermeira profissional deve perceber que, se relegar a terceiros o cuidado físico do doente, pode perder a confiança que auferi dos que buscam segurança naqueles que lhe prestam os cuidados. Ela pode tornar-se uma pessoa que o doente associe unicamente, com tratamentos dolorosos; ou como “a chefe” — pessoa distante, cuja função é sempre a de dirigir os outros em vez de pessoalmente prestar cuidados.

Quando as enfermeiras não priorizam o banho do cliente no gerenciamento de seus cuidados perdem a oportunidade de estabelecer maior interação, comunicação e avaliação do cliente que a proveriam de informações mais fidedignas e objetivas sobre as situações-problema vividas por ele para serem registradas em seu prontuário. Isso colaboraria sobremaneira para definição do diagnóstico e intervenções de enfermagem e dos demais profissionais.

Os registros encontrados neste estudo referentes à higiene foram identificados como *encaminhado ao banho de aspersão e realizado banho no leito*. Destaca-se que dos 151 registros encontrados, apenas 2 foram realizados pela enfermeira. Isso talvez se deva ao fato da higiene ser realizada pela técnico/auxiliar, todavia não exima a enfermeira da supervisão e principalmente do registro das respostas do cliente ao cuidado prestado.

Esse resultado aponta que a equipe de enfermagem, em especial, as enfermeiras, tem deixado de registrar aspectos importantes do cuidado ao cliente. O indivíduo quando apresenta déficit no autocuidado para higiene não são capazes de satisfazer suas próprias necessidades higiênicas, logo necessitam da assistência de enfermagem.

No cotidiano das unidades de internação, o banho, que deveria ser o momento de interação com o cliente, em que a enfermeira poderia examinar, orientar, conhecer, investigar e intervir, tem seguido “padrões rígidos” devido às rotinas estabelecidas/impostas pela equipe de enfermagem. O banho que deveria proporcionar bem-estar – dentro do possível – tem se apresentado como um momento desconfortável para o cliente. O enfermeiro não o avalia previamente, não pergunta se o mesmo quer ser encaminhado ao chuveiro ou quer receber o banho no leito, naquele momento não considera suas preferências e hábitos, simplesmente determina que todos os clientes precisam tomar banho completo, todos os dias e no horário estabelecido. Nesse contexto, cabe o questionamento: A enfermagem está cuidando ou realizando/executando procedimentos?

III) Registro da ação de cuidar: **Ajudar o paciente na respiração e a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal (sinais vitais).**

A observação e aferição dos parâmetros hemodinâmicos fazem parte da avaliação global do cliente, logo o registro acurado pela enfermeira constitui item fundamental para a tomada de decisão não somente da equipe de enfermagem, mas de todos os profissionais que estão envolvidos no cuidado ao indivíduo.

As medidas de temperatura, pulso, pressão arterial e frequência respiratória indicam a eficiência das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo, por isso são referidas como sinais vitais (POTTER E PERRY, 2009). Uma alteração nos sinais vitais caracteriza mudança dos padrões fisiológicos. A determinação dos sinais vitais fornece informação para se traçar o diagnóstico de enfermagem, implantar e/ou alterar intervenções planejadas e avaliar o resultado das condutas.

Da análise dos dados deste estudo observou-se que apenas 30,9% dos registros das enfermeiras constavam alguma citação de sinais vitais – 68 registros no universo de 220 – e 34% dos registros dos técnicos/auxiliares – 138 em 406 (Tabela 11). Cabe destacar que, na Instituição estudada os valores de sinais vitais são anotados no verso da folha de prescrição, acima do espaço reservado para a evolução dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Esse fato pode corroborar para a ausência de registro dos sinais vitais em algumas evoluções, porém não justifica.

Dentre os registros encontrados percebeu-se que, os parâmetros mais registrados pelas enfermeiras foram respiração (38 registros), temperatura (37), pressão arterial (18) e pulso (8), respectivamente. A predominância dos registros deu-se pelas terminologias e não pelos valores. Em apenas 6 registros foram encontrados os valores dos sinais vitais. As principais terminologias identificadas foram *Eupneico* (29 registros), *Afebril* (23), *Normotenso* (15).

As terminologias encontradas que identificavam alguma alteração como, *Dispneico*, *Taquicárdico*, *Taquipneico* e *Hipotenso* não eram acompanhadas de condutas, diante desses achados. A anotação representa a condição hemodinâmica do cliente e não demonstra a intervenção ou conduta da enfermeira, a partir dos valores apresentados.

IV) Registro da ação de cuidar: **Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos.**

Em relação à alimentação foram detectados 191 registros de enfermeiras. Sendo que 66,8% deles não destacavam a via de administração da dieta e 9,1% não informavam o nível de aceitação (aceitando totalmente, parcialmente ou não aceitou). Na anotação dos técnicos/auxiliares, 272 registros foram encontrados, porém em apenas 24,1% continha a via e 49,8 o nível de aceitação. (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição numérica e percentual dos registros sobre alimentação.

<i>Registro sobre alimentação</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermeira	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Presença de registro de alimentação				
Sim	191	86,8	272	67,0
Não	29	13,2	134	33,0
Total	220	100	406	100
Registro da via de administração da dieta				
Sim	37	16,8	98	24,1
Não	147	66,8	172	42,4
Total	184	83,6	270	66,5
Registro da aceitação da dieta				
Sim	164	74,5	202	49,8
Não	20	9,1	68	16,7
Total	184	83,6	270	66,5

O alimento fornece sustento ao ser humano. As condições nutricionais de um indivíduo tem relação com a ingestão de alimentos, a absorção e o aproveitamento de nutrientes (BARROS, 2010).

Foram encontradas anotações como *Aceitando dieta oferecida*, *Aceitando bem a dieta oferecida* e *Aceitando bem a dieta*. Nos relatos encontrados raramente há especificações de horários, vias de administração, quantidade oferecida, nível de aceitação, recusa e motivo da recusa.

Seja qual for a via de administração da dieta, a enfermeira tem a responsabilidade de observar o seu nível de aceitação. Nesse particular, Virginia Henderson, afirma que:

Não há fundamento mais importante no preparo da enfermeira do que o estudo da nutrição [...] Mesmo nos hospitais onde os médicos e as dietistas estão disponíveis, é a enfermeira que, estando com o doente 24 horas do dia, melhor poderá estimulá-lo a comer e a tomar líquidos. É ela quem tem maiores oportunidades de perceber os agrados e desagradados dos pacientes para com as dietas, de observar e relatar a ingestão inadequada de líquidos ou alimentos.

Na Instituição estudada não há padronização dos métodos de mensuração quanto à aceitação da dieta, permitindo assim o uso de palavras evasivas e/ou subjetivas, como *bem*, *boa*, *pouca*, *muita*, para mensurar (Tabela 6).

Durante a internação o cliente pode sentir-se desconfortável com a mudança de sua rotina diária, esse fato pode alterar seu padrão de alimentação, refletindo na aceitação/recusa da dieta. Essa afirmação sustenta-se nos pensamentos de Henderson (1989) quando diz:

Os pacientes podem sentir-se frustrados durante a enfermidade, pela perda de uma de suas liberdades básicas – a de comer quando sentem fome. Os hospitais servem o jantar às 17:00 e o café da manhã às 8:00 impõem uma situação de constrangimento às pessoas acostumadas a manter intervalos mais longos entre as refeições. As enfermeiras deveriam encontrar meios de quebrar essas rotinas desnecessárias, que são prejudiciais ou que desagradam aos pacientes; quando não lhes for possível quebrar essas “tradições” ou rotinas, elas devem tentar reduzir seus efeitos negativos.

A nutrição caracteriza-se como uma avaliação fundamental da equipe de saúde. Para a enfermeira, apresenta-se como um domínio do Diagnóstico de Enfermagem, a insuficiência de registros relacionados à alimentação, especialmente ao padrão de ingestão e aceitação do cliente, demonstra desinteresse pela questão e principalmente torna a enfermagem um “oferecedor de dietas” e não um profissional com pensamento crítico, capaz de avaliar e intervir diante de um achado.

V) Registro da ação de cuidar: **Auxiliar o paciente na eliminação.**

Quanto às eliminações, elas foram divididas em 2 categorias: urinárias e intestinais. Sobre as eliminações urinárias, havia relato em 91,4% dos registros, em 0,9% dos registros

não constavam as eliminações. Quanto às características da eliminação urinária em 77,3% dos registros não havia relato e em 83,2% a quantidade de eliminações estava ausente (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição numérica e percentual dos registros sobre Eliminação Urinária.

<i>Registro sobre eliminação urinária</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Presença de registro de eliminação urinária				
Sim	201	91,4	328	80,8
Não	19	8,6	78	19,2
Total	220	100	406	100
Registro sobre a Ausência/presença de eliminações urinárias				
Presente	199	90,5	326	80,3
Ausente	2	0,9	2	0,5
Total	201	91,4	328	80,8
Registro sobre as características da eliminação urinária				
Sim	29	13,2	18	4,4
Não	170	77,3	308	75,9
Total	199	90,5	326	80,3
Registro sobre a quantidade de eliminação urinária				
Sim	16	7,3	8	2,0
Não	183	83,2	318	78,3
Total	199	90,5	326	80,3

Sobre as eliminações intestinais, havia relato em 78,6% dos registros, e em 15,9% não constavam as eliminações. Quanto às características da eliminação urinária 51,8% dos registros não havia relato e em 56,4% dos registros a quantidade estava ausente. (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição numérica e percentual dos registros sobre eliminação intestinal.

<i>Registro sobre eliminação intestinal</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Presença de registro de eliminação intestinal				
Sim	173	78,6	216	53,2
Não	47	21,4	190	46,8
Total	220	100	406	100
Registro sobre a Ausência/presença de eliminações intestinais				
Presente	138	62,7	178	43,8
Ausente	35	15,9	38	9,4
Total	173	78,6	216	53,2
Registro sobre as características da eliminação intestinal				
Sim	24	10,9	26	6,4
Não	114	51,8	152	37,4
Total	138	62,7	178	43,8
Registro sobre a quantidade de eliminação intestinal				
Sim	14	6,4	23	5,6
Não	124	56,4	155	38,2
Total	138	62,8	178	43,8

Investigação rigorosa e análise detalhada são fundamentais para se chegar ao julgamento clínico. Não existe a possibilidade de identificar problemas/situações e de intervir adequadamente se não obtiver dados que subsidiem. Os termos mais encontrados foram *Eliminações vesicointestinais + e Eliminações vesicointestinais + e espontâneas*. Esse tipo de registro oferece pouca ou nenhuma informação relevante, pois não foram considerados todos os elementos necessários para uma avaliação acurada.

Segundo Potter e Perry (2009) a avaliação da urina envolve a medição da eliminação de líquidos e a observação das características – Cor, clareza e odor. A avaliação cuidadosa da eliminação urinária revela padrões de dados que permitem à enfermeira e outros profissionais identificarem problemas e intervirem precocemente.

A eliminação de resíduos intestinais é essencial para o funcionamento regular do corpo. Alterações na eliminação são sinais precoces ou sintomas de problemas no sistema gastrointestinal. Deve-se avaliar coloração, odor, consistência, frequência, quantidade e forma.

A eliminação urinária oferece sustentação para se avaliar o funcionamento, alteração do sistema urinário e de eliminação dos medicamentos. A eliminação intestinal oferece detalhes do funcionamento da peristalse e do tipo de dieta, principalmente no cliente acamado.

É imprescindível que a enfermeira saiba julgar a função da eliminação pelo aspecto que se apresenta. O conhecimento científico torna a enfermeira apta a avaliar as características das eliminações e identificar as necessidades do cliente a partir delas.

VI) Registro da ação de cuidar: **Ajudar o paciente a repousar e a dormir.**

A necessidade de sono e repouso foi identificada em 17 registros de enfermeiras e não foi encontrada nas anotações dos técnicos/auxiliares de enfermagem (Tabela 11). O repouso e sono adequados são necessidades que interferem na saúde física e mental. Sem a quantidade de sono e repouso, há uma redução na capacidade de concentração, realização de julgamentos e de participação em atividades diárias, além de aumentar a irritabilidade (POTTER E PERRY, 2009).

O sono contribui para a restauração fisiológica e psicológica do indivíduo. Durante o período de internação, o cliente está quase sempre se recuperando de algum agravo ou problema de saúde – à exceção de internações para procedimentos que não se caracterizam como problema de saúde, como a gestação – e está inserido em um espaço com rotinas completamente diferentes das suas. A ansiedade da internação e a alteração de hábitos são dois componentes que têm efeitos sinérgicos para os distúrbios do sono. O indivíduo precisa ter suas necessidades de sono e repouso satisfeitas para que seu corpo restaure, por outro lado, os processos biológicos e de internação geram medo e ansiedade. Estes são fatores contribuintes para um sono perturbado/deficiente. Trata-se de algo completamente antagônico.

Nesse contexto, Potter e Perry (2009) descreve que:

Identificar e tratar os distúrbios do padrão de sono de um cliente é um objetivo importante [...] O cliente necessita de uma abordagem individualizada baseada em seus hábitos pessoais, padrões de sono, assim como no problema particular que o está afetando. As intervenções de enfermagem são frequentemente efetivas na resolução de curto e longo prazos.

Os termos mais encontrados foram *Padrão de sono/repouso satisfatório* e *Padrão de sono/repouso insatisfatórios*. Nos casos de padrão insatisfatório a causa mais frequente foi o ambiente. Cabe destacar que o registro do padrão de sono e repouso, ainda que seja em um número reduzido, é um grande avanço, pois ainda não há a cultura de registro dessa dimensão pela enfermagem.

Sabe-se que o ambiente é um fator estressor para o cliente. Cabe à equipe, especialmente a equipe de enfermagem que permanece 24h com ele, amenizar esses fatores. É possível que profissionais de enfermagem preocupem-se em criar um ambiente favorável, reduzindo odores, ruídos e iluminação, conversando com o cliente, deixando que ele exponha sua dificuldade e ansiedade, entretanto, não há registro desse cuidado.

VII) Registro da ação de cuidar: **Ajudar o paciente a se comunicar com outros, a exteriorizar suas necessidades e sentimentos.**

A comunicação é uma ferramenta terapêutica importante no cuidado ao indivíduo, ela permeia a relação com o cliente, criando vínculo, facilitando a troca e gerando resultados positivos. Neste estudo, encontraram-se relatos escassos acerca dessa dimensão. Foram identificados apenas 6 registros, de cada categoria, identificados como *Comunicativo* (Tabela 11).

Entende-se que cada ser humano age e se comporta de maneiras diferentes. Quando esse sujeito está no hospital ele não muda o comportamento. Existem pessoas que tem maior facilidade de comunicar-se verbalmente, outras não. Diante desse registro cabe o questionamento: O que é ser *Comunicativo*? Ser comunicativo é responder como ele passou a noite ou se está se alimentando bem? A que tipo de comunicação a enfermagem está se referindo?

O processo de hospitalização pode gerar problemas relacionados à comunicação, portanto é essencial que a equipe de enfermagem esteja atenta a todas as formas de comunicação com o paciente (SILVA, 1996).

A ausência dos registros sobre esse aspecto mostrou que a enfermagem ainda não dá o devido valor a documentação desses elementos subjetivos do cuidado, apesar de realizar a todo tempo. Esse fato é relatado por Estebanez, Melo e Tonini (2007) quando afirmam que:

Os momentos de falas, escutas, cumplicidades, confiança e esperança, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado e de relações de vínculo e aceitação do cliente, são silenciados pela falta desses elementos no registro de enfermagem.

A tabela abaixo apresenta os resultados numéricos dos componentes básicos nos registros de enfermagem analisados.

Tabela 11: Distribuição numérica e percentual dos registros, relacionados às condutas de enfermagem.

<i>Características do registro</i>	Enfermeira		Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
	Frequência (n ^o)	%	Frequência (n ^o)	%
Registro de mudança de decúbito/Locomoção				
Sim	1	0,5	5	1,2
Não	219	99,5	401	98,8
Registro de higiene				
Sim	2	0,9	149	36,7
Não	218	99,1	257	63,3
Registro de sinais vitais				
Sim	68	30,9	138	34,0
Não	152	69,1	268	66,0
Registro de avaliação da pele e/ou presença de curativos				
Sim	38	17,3	68	16,7
Não	182	82,7	338	83,3
Registro de Padrão de sono/repouso				
Sim	17	7,7	0	0
Não	203	92,3	440	100
Registro de Padrão de Comunicação				
Sim	6	2,7	6	1,5
Não	214	97,3	400	98,5
Total	220	100	406	100

4.1.2.2 A avaliação dos registros de enfermagem quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem. O Processo é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de Enfermagem e facilita a documentação da prática profissional e encontra-se dividido em 5 etapas: Coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação (RESOLUÇÃO 358/2009). Na Instituição estudada, a SAE ainda não foi implantada, logo, imaginava-se previamente que dificilmente todas as etapas do processo seriam encontradas. Porém a experiência não podia ser colocada antes e acima da crítica, pois isto se configura como um obstáculo epistemológico. Bachelard (1996) afirma que:

O conhecimento do real é luz que sempre projeta algumas sombras. Nunca é imediato e pleno. As revelações do real são recorrentes. O real nunca é “o que se poderia achar”, mas é sempre o que se deveria ter pensado. O pensamento empírico torna-se claro depois, quando o conjunto de argumentos fica estabelecido [...] No fundo, o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento anterior, destruindo conhecimentos mal estabelecidos [...] É impossível anular, de um só golpe, todos os conhecimentos habituais. Diante do real, aquilo que cremos saber com clareza ofusca o que deveríamos saber.

No primeiro momento, serão discutidos os achados relacionados ao exame físico, posteriormente, em conjunto, as demais etapas.

No eixo relacionado ao exame físico, apenas os registros das enfermeiras foram avaliados, uma vez que a execução é de sua competência. A capacidade que a enfermeira tem de identificar precocemente anormalidades no exame do cliente contribui para o seu processo de restauração e recuperação. A avaliação física permite à enfermeira identificar padrões que refletem problemas/situações de saúde.

Estudos apontam que o registro do exame físico é incompleto e a linguagem utilizada pelas enfermeiras é totalmente biomédica. As anotações evidenciam a doença e não o corpo doente (MATSUDA et al, 2007; MACHADO, 2010; COSTA et al, 2010). Neste estudo não foram encontrados resultados diferentes, as anotações acerca do exame físico são escassas e deficientes.

A enfermeira no processo de cuidar volta suas condutas e intervenções à necessidade do cliente, logo a busca de dados subjetivos e objetivos deveria estar voltada para a necessidade e não para a doença. A cultura estabelecida do exame físico cefalocaudal, fragmentado em sistemas, afasta o olhar da enfermeira para o todo e para os padrões/domínios de atuação da equipe de enfermagem, dificultando a identificação do diagnóstico de enfermagem.

Obviamente achados clínicos são de suma importância para a enfermagem e também para a equipe multiprofissional. No entanto o método cartesiano, que influencia a visão dos sujeitos que cuidam, faz com que o cliente seja visto como uma máquina dividida em peças e não como ser único com sua singularidade e particularidade.

Geralmente, devido à proximidade, a enfermagem é a primeira categoria a identificar anormalidade/alteração no quadro clínico do cliente. Logo, torna-se importante que a enfermeira domine os padrões fisiológicos de funcionamento do corpo e registre seus achados. A problemática encontra-se na forma como cada enfermeira registra. Não há padronização, uma linguagem característica da enfermagem, um modo particular de registrar.

O registro de acordo com o modelo biomédico engessa e mecaniza o relato. O registro é do corpo físico, com sinais e sintomas expressos através de parâmetros hemodinâmicos ou achados nas auscultas, palpções, percussões e mensurações. O ser humano é cuidado na sua totalidade, ri, chora, ama, cria, pensa, sofre, age e reage. A enfermagem identifica ansiedade, medo, angústia, tensão e traz conforto e alívio, todavia não documenta esses momentos por acreditar que não são merecedores de registro, fato comprovado neste estudo (Tabela 12).

Nascimento e Meier (2001) propõe uma reflexão sobre o exame físico na visão tecnológica, que significa a integração do saber (conhecimento científico) e do fazer (ato técnico) e destacam que:

A compreensão do exame físico, na visão tecnológica do cuidado, direciona sua realização apoiada no conhecimento científico, aliando a isso o desejo de transformar o momento de cuidado em um momento de extrapolação da técnica, com vistas ao sensível e ao ser humano.

Existem inúmeras possibilidades de descrição do exame físico, a saber: Avaliação cefalocaudal, avaliação dos sistemas do corpo, avaliação do padrão funcional de saúde e avaliação do padrão de reação humana (IYER, TAPTICH e BERNOCCHI, 1993). Analisando as anotações encontradas, percebe-se que a descrição do exame físico, mesmo sem

padronização, dá-se pela avaliação dos sistemas, entretanto foram encontradas importantes fragilidades nos registros.

O sistema orgânico que mais apresentou registro foi o neurológico, com dados do nível de consciência (95,5%), seguido do sistema respiratório (64,5%), sistema gastrintestinal (35,5%), pele e mucosas (33,6%) e sistema cardiovascular (1,45%) (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição numérica e percentual dos registros sobre o exame físico.

<i>Registro sobre exame físico</i>	Frequência (<i>n</i> ^o)	%
Nível de consciência	210	95,5
Aspectos psicossocioespirituais	2	1
Sistema cardiovascular	3	1,4
Sistema respiratório	142	64,5
Sistema gastrintestinal	78	35,5
Pele e mucosas	74	33,6
Total	220	100

As técnicas propedêuticas mais utilizadas foram a inspeção e a palpação, identificadas através da análise dos registros. Para o nível de consciência, os termos mais presentes foram *Orientado* (165) e *Lúcido* (159). No sistema respiratório o termo mais encontrado foi *Ventilando em ar ambiente*. No sistema gastrintestinal as anotações mais frequentes foram *Abdome flácido, indolor à palpação*. Na avaliação da pele, os termos mais identificados foram *MMII livres de edema* e *Hipocorado*.

Identificou-se lacuna nos registros com a técnica de ausculta. Em apenas 3 registros estiveram presentes as ausculta cardíacas e pulmonar e em 1 a ausculta de peristalse. Entendendo que as funções respiratória e cardiovascular são primordiais para o funcionamento do corpo, espera-se que a enfermeira seja capaz de avaliar esses sistemas, identificando alterações pertinentes e traçando condutas efetivas.

Não foi identificada a técnica de percussão nos registros. O mesmo panorama foi encontrado em estudo realizado por Costa et al (2010), em que foi evidenciado um déficit nos registros acerca do exame físico.

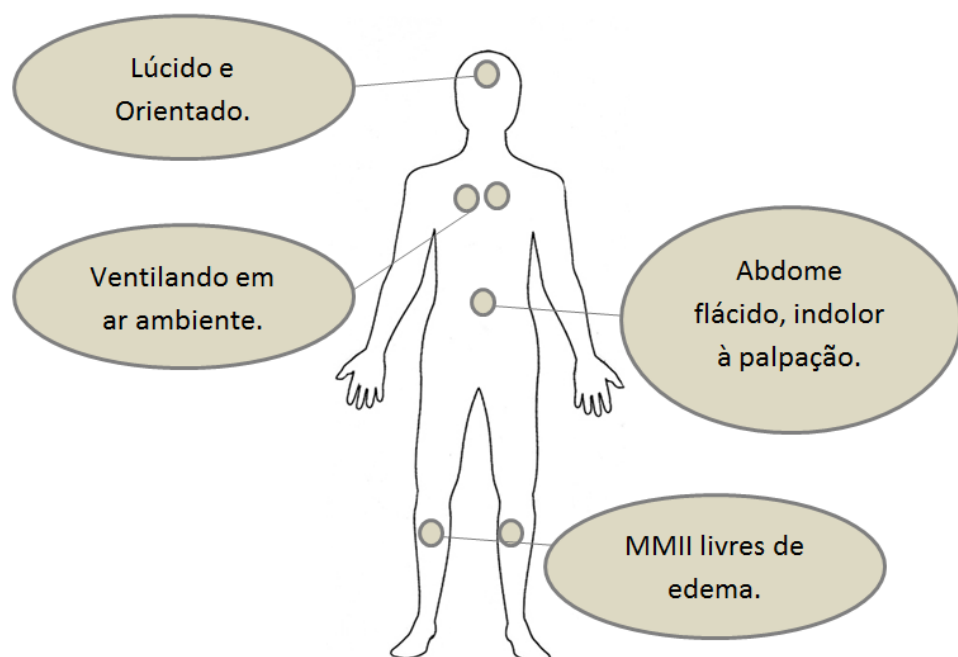
Os sinais e sintomas marcaram 80% dos registros (Tabela 13), sendo as terminologias mais utilizadas *Hipocorada*, *Refere queixas algicas*, *Edema*, *Acianótico* e *Anictérica*,

respectivamente. Não foram encontradas intervenções e condutas diante dos achados semiológicos anormais, por exemplo, em nenhum registro de queixas álgicas foi encontrada conduta. Terminologias permeiam os registros no cotidiano da prática de cuidar, todavia duas questões emergem: Qual a qualidade do cuidado que a enfermagem está realizando? Qual a finalidade de registrar uma alteração se esta não vier acompanhada de conduta e/ou intervenção de enfermagem? Os achados precisam fazer sentido para o profissional que registra.

Tabela 13: Distribuição numérica e percentual dos registros sobre sinais e sintomas.

<i>Características do registro</i>	Enfermeira	
	Frequência (<i>n</i> ^o)	%
Registro de sinais e sintomas		
Sim	176	80,0
Não	44	20,0
Total	220	100

A insuficiência de registros relacionados ao exame físico dentro da dimensão biopsicossocioespíritual é preocupante e alarmante, pois sem uma coleta de dados completa, torna-se impossível identificar fatores relacionados e características definidoras para a construção do diagnóstico de enfermagem. A consolidação dos achados aponta como a enfermeira da Unidade estudada visualiza o cliente, ilustrado na figura abaixo.



Ao se conhecer a realidade da Instituição estudada, apresentava-se o primeiro obstáculo epistemológico – A Experiência primeira. “O espírito científico proíbe que tenhamos uma opinião sobre questões que não compreendemos. A opinião está, de direito, sempre errada. A opinião *pensa* mal; não *pensa*: *traduz* necessidades em conhecimento” (BACHELARD, 1996). As respostas jamais poderiam ser encontradas, se os questionamentos não fossem levantados. “Se não há pergunta não pode haver conhecimento científico”.

Superando o primeiro obstáculo, decidiu-se investigar se a enfermeira registra as etapas de Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação no prontuário do cliente.

Não foram encontrados diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia de NANDA, porém problemas/necessidades/situações foram identificadas pela enfermeira. Foram encontrados termos como *Padrão de sono/repouso prejudicado*, *Ingestão hídrica satisfatória*, *Ingestão alimentar e hídrica insatisfatória*. Esse achado mostra que as enfermeiras são capazes de julgar clinicamente, contudo ainda não possuem a uniformidade e padronização na linguagem.

As etapas de Planejamento, Implementação e Avaliação não foram encontradas nos registros dos clientes.

Tabela 14: Distribuição numérica e percentual dos registros sobre etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

	Diagnóstico de Enfermagem		Implementação/ Prescrição		Avaliação	
	Freq* (n°)	%	Freq* (n°)	%	Freq* (n°)	%
Sim	0	0	1	0,5	0	0
Não	220	100,0	219	99,5	220	100,0
Total	220	100	220	100	220	100

*Frequência.

Resultados semelhantes foram constados em estudos anteriores. Repetto e Souza (2005) realizou estudo em uma Instituição onde a SAE era implantada e identificou deficiência no cumprimento e na documentação de algumas fases e algumas dificuldades na implementação da SAE, tais como: excessos de atribuições das enfermeiras, falta de preparo e não valorização do método, falta de recursos materiais e resistência na utilização.

Entende-se que, para a implementação da SAE de forma efetiva e eficiente, há a necessidade da reorganização do processo de trabalho na Unidade, de forma a oferecer melhores condições, com recursos humanos e materiais suficientes em quantidade e

qualidade. A capacitação profissional é imprescindível para que as enfermeiras entendam a importância e principalmente, valorizem a SAE, entendendo que o Processo aumenta a visibilidade e o reconhecimento profissional e é um instrumento de melhoria da assistência de enfermagem.

4.2 AS FALAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE REGISTROS: OS DADOS DA EXPRESSÃO QUALITATIVA.

Os grupos de discussão permitiram a apresentação dos resultados às enfermeiras que tiveram a dimensão da problemática e de suas “tragédias cotidianas”. Conforme os dados eram transmitidos, traziam-se as implicações dos achados no cuidado de enfermagem, nos aspectos legais, éticos, jurídicos, educacionais, de pesquisa, de auditoria, de comunicação, de qualidade e de planejamento da assistência. Apontava-se a semelhança nos registros de enfermagem encontrados e a não padronização das anotações. Foram determinados 30 minutos para a explanação dos dados, a fim de gerar maior tempo para a discussão e para o processo de reflexão.

Após a apresentação, para fomentar a discussão, lançou-se o seguinte questionamento: Os achados apontados são de fato os vivenciados na prática? Buscava-se a validação dos resultados encontrados.

Alguns pontos críticos levantados foram pontuados pelas enfermeiras, como: ausência de data e hora, espaço em branco, rasuras, falha na identificação profissional, uso indiscriminado de abreviaturas e siglas, deficiência nos registros sobre locomoção, higiene, sinais vitais, acesso venoso, alimentação, eliminações e exame físico. As falas das enfermeiras foram agrupadas por eixo e representadas no quadro abaixo.

Quadro 6: Os pontos críticos e a fala das enfermeiras.

PONTOS CRÍTICOS	FALAS DAS ENFERMEIRAS	AÇÃO NO <i>Modus Operandi</i>
Ausência de data e hora na introdução dos registros.	<p>“Os enfermeiros precisam entender a importância disso”. (E1)</p> <p>“Os técnicos registram na prescrição do dia, então a data já está ali, mas a hora é importante, eu sempre <u>cobro</u>, ainda mais que tem pacientes que chegam para a gente 2h da tarde, então eu <u>falo</u> para eles colocarem a hora da admissão, pois a gente só pode ser cobrado a partir dali... Na evolução da alta, <u>peço</u> para eles colocarem também a hora”. (E1)</p>	Cobrar Falar Pedir
Espaço em branco	<p>“Eu <u>pulo</u> linha porque fica mais organizado, eu acho que visualmente fica melhor. Se eu escrever sem pular linha, eu acho que fica muito junto”. (E1)</p> <p>“As linhas dos papéis também são muito curtas, as linhas são estreitas, se fossem mais largas, igual pauta</p>	Pular Organizar

	<i>de caderno, daria para escrever sem pular linha e ficaria <u>organizado</u></i> . (E1)	
Rasuras	<p><i>“Eu aprendi que <u>não podia rasurar</u> em hipótese alguma na Universidade e eu acabei trazendo para a minha prática”. (E1)</i></p> <p><i>“Nós não temos corretivo no setor, mas as pessoas trazem”. (E2)</i></p>	Não rasurar
Identificação Profissional	<i>“Os técnicos de enfermagem não têm carimbo, não assinam e a gente tem dificuldade de saber quem registrou. Da minha equipe eu já <u>conheço</u> a letra de todo mundo então eu já sei quem fez, mas se eu for pra outro dia eu vou ter dificuldade”. (E1)</i>	Conhecer equipe
Abreviaturas e siglas	<p><i>“Existe realmente o <u>uso de siglas</u>, mas não são padronizadas, eu, por exemplo, entendo. Não coloco PVP para acesso periférico, eu uso PVP para acesso profundo e para o periférico eu uso AVP”. (E1)</i></p> <p><i>“Eu me <u>preocupo</u> muito com quem vai ler”. (E1)</i></p> <p><i>“Eu vi que você tem um levantamento muito bom, que a gente <u>não tem noção</u>, na verdade a gente tem uma noção, mas a gente não tem dimensão da situação ... o que você vê o que ela levantou aí realmente essa questão do acesso, eu levei um tempão para entender o que era PV, PVP, eu fui percebendo depois de muito tempo que era punção, aquele “P” era de punção. Então eu realmente <u>escrevo</u> tudo, por extenso mesmo, não gosto muito de utilizar as siglas, mas quando você tem uma enfermaria como uma 10ª como uma 9ª, fica penoso para o enfermeiro evoluir cada um, tudo por extenso, o que a gente poderia fazer nesse momento”. (E2)</i></p>	<p>Usar sigla</p> <p>Preocupar com quem ler</p> <p>Não ter dimensão</p> <p>Escrever</p>
Locomoção	<i>“Isso é importante <u>registrar</u> porque às vezes tem 3 pacientes e outras 13 pacientes acamados, para 3 técnicos de enfermagem, puxadíssimo. Então a gente precisa <u>saber</u> se o paciente anda ou está acamado”. (E1)</i>	<p>Registrar</p> <p>Saber</p>
Higiene	<i>“Como é o técnico que <u>encaminha</u> para o banho de aspersão, ele relata” (E1)</i>	Encaminhar
Sinais vitais	<i>“No nosso registro a gente coloca se o paciente estiver monitorizado, porque os técnicos anotam na prescrição, se a gente tira a folha de prescrição do posto e leva para o prontuário para evoluir, fica</i>	<p>Complicar</p> <p>Atrapalhar</p>

	<i>complicado, e atrapalha os técnicos”. (E1) “Eupneico e afebril são dois parâmetros que só de ir lá falar com o paciente a gente já percebe”. (E2)</i>	
Alimentação	<i>“Eu me <u>importo</u> em saber se o paciente está aceitando ou não, porque muitas vezes ele não fala com a nutricionista que não quer alguma coisa ele fala comigo, e aí eu entendo porque ele não está aceitando a comida”. (E1)</i>	Importar-se
Eliminação urinária	<i>“Quando o paciente está com cateter fica mais fácil a <u>avaliação</u>, mas quando ele está urinando espontaneamente muitas vezes ele vai no banheiro e nós não temos como avaliar, quando está em fralda os técnicos passam o aspecto para a gente”. (E2)</i>	Avaliar
Exame Físico	<i>“Tem coisa na passagem de plantão que <u>passa despercebido</u> como a insônia e aí não é passado”. “São muitos pacientes, muitas atribuições, fica difícil, se a gente for <u>fazer</u> exame físico um a um vai ficar muita coisa pendurada. E aí eu vou fazer exame físico um a um, mas vou <u>deixar</u> um monte de <u>pendências</u> aí, e aí vai ter um monte de sonda sem passar e um monte de acesso para trocar, não vão me elogiar pelos meus belos registros e sim vão meter o malho pelas pendências que ficaram, infelizmente”.(E2)</i>	Passar despercebido Fazer Deixar pendências

Todos os elementos elencados acima foram fundamentados anteriormente, apontando as consequências que a deficiência e a ausência dos registros podem trazer para o profissional de enfermagem. Chama a atenção alguns problemas levantados pelas enfermeiras, tais como a dificuldade de organizar as evoluções nos impressos atuais, devido “ao espaço reduzido entre as linhas”. Essa diagramação do espaço faz com que elas prefiram pular linha para deixar os registros mais organizados, porém esse é um problema que pode trazer sérias implicações éticas para a equipe de enfermagem.

Quanto à rasura e a preocupação no registro da hora, a enfermeira remete-se ao seu processo de formação, demonstrando o quanto as relações entre as Instituições de Ensino e as Instituições Hospitalares precisam ser estreitadas. A academia pode e deve influenciar positivamente as práticas de enfermagem dentro dos hospitais.

O uso indiscriminado de siglas e abreviações dificulta a comunicação e o entendimento entre a equipe de enfermagem, comprovado quando a enfermeira diz que

demorou um período de tempo para que pudesse entender o que era registrado dentro do próprio setor.

Quanto à locomoção a enfermeira demonstra, mesmo que de forma assistemática, que leva em consideração a locomoção/movimentação dos clientes para organizar seu processo de trabalho e realizar a escala dos técnicos/auxiliares de enfermagem.

Na avaliação dos sinais vitais, as enfermeiras revelam que a temperatura e a respiração são os parâmetros mais avaliados devido ao fato de poder ser realizado através de técnicas simples de inspeção e palpação e não necessitam de instrumentos para aferi-los. Isso mostra que devido a grande demanda diária de trabalho, as enfermeiras desenvolvem estratégias voltadas para avaliações rápidas e que não carecem de período de tempo maior para executá-las.

Na discussão sobre alimentação a enfermeira aponta um dado interessante: As enfermeiras apresentam-se como o elo entre os clientes e a equipe multiprofissional. Devido à proximidade diária e a criação de vínculo, a enfermagem representa para o cliente a figura de uma vértebra que simboliza o elo de uma corrente do cuidado em saúde. São as intermediadoras e a fonte de comunicação entre a equipe interdisciplinar e o sujeito que recebe o cuidado.

Quanto ao exame físico uma problemática foi suscitada – a carência de profissionais de enfermagem dificulta a execução do exame físico completo. O excesso de atividades desenvolvidas pela enfermeira impede uma avaliação mais rigorosa e um registro mais completo.

Durante a discussão foi possível entender como ocorre o processo operacional do registro no cotidiano da Unidade. A dificuldade de execução do registro fica evidenciada nas falas a seguir.

Quadro 7: Dificuldades relatadas pelas enfermeiras

PONTOS	FALAS DAS ENFERMEIRAS
Tempo/ Pessoal	<i>“Eu normalmente faço o registro à tarde quando está tudo mais calmo, muitas vezes a gente faz o registro de forma rápida no livro de ordens e ocorrências. Eu acho que se tivesse um plantonista para cada enfermaria seria melhor, as vezes eu sento para evoluir me chamam na 8^a para resolver problemas lá. Essa dinâmica atrapalha muito o nosso registro, muito mesmo”. (E1)</i>
Mudando o lugar do registro	<i>“O livro de Ordens e Ocorrências que seria apenas para relato de ordens e ocorrências acaba sendo onde a gente registra as alterações do paciente” (E2)</i>

Dimensionamento de pessoal	<i>“Realmente deveria existir um enfermeiro para cada enfermaria, não tem como evoluir todos os clientes das duas enfermarias de forma eficiente. Ou é uma evolução rápida, ou uma evolução completa em alguns pacientes escolhidos”.</i> (E1)
Problemas operacionais/ Problemas de poder/ Tempo	<i>“O registro no prontuário, é complicado, é 1 enfermeira, 2 auxiliares, a 10ª é pesada, de manhã a gente fica sem prontuário porque a medicina evolui e as vezes é um procedimento atrás do outro acontecendo aqui dentro, então quando você pensa em registrar não dá tempo. Sempre existe a preferência do procedimento a ser feito, do que pelo registro”.</i> (E2)

As limitações para a execução dos registros centram-se na alegação do reduzido número de profissionais. A sobrecarga dos profissionais interfere diretamente na qualidade da assistência prestada. Sabe-se que o quantitativo de exercentes é inadequado para atender a demanda existente nos hospitais, todavia, muitas vezes há desvalorização do registro por parte de quem cuida. Obviamente o procedimento e a assistência são importantes, mas se não há documentação de todo o esforço realizado naquele período, não existe a possibilidade de comprovação. O registro dá significado ao trabalho de enfermagem.

O fato de os encontros terem a participação das chefias de enfermagem e das enfermeiras plantonistas foi essencial para obter o desenho de como as enfermeiras são distribuídas nos setores. Os detalhes do processo de trabalho e o movimento do corpo da enfermeira no espaço de cuidar são fundamentais para se entender as dificuldades enfrentadas por elas no cotidiano da prática de cuidar e gerenciar. Torna-se necessário conhecer a demanda de trabalho para se estabelecerem pontos de partida para agir e somente quem está inserido naquele espaço o conhece.

Prosseguindo com a discussão, após a validação dos dados pelas enfermeiras, foram levantados outros questionamentos, expressos a seguir:

- Sabendo que existem problemas que não se tem governabilidade, dentro da realidade hoje encontrada na Unidade, o que pode ser feito para melhorar a qualidade dos registros?
- Que elementos elencados como frágeis são passíveis de modificações?
- Como se pode intervir no processo de trabalho tendo como foco a melhoria dos Registros de Enfermagem?

Esses questionamentos foram o ponto de partida para o estabelecimento de metas de melhoria na qualidade dos registros de enfermagem. O interesse e a participação das

enfermeiras pela questão foi uma motivação, pois sem os participantes não há pesquisa-ação. O momento de refletir em conjunto e decidir qual caminho a trilhar é um trabalho do grupo.

A primeira meta estabelecida pelas enfermeiras foi a uniformização e padronização dos registros, representada nas falas a seguir.

Quadro 8: A Uniformização e padronização dos registros.

PONTOS	FALAS DAS ENFERMEIRAS
Padronização	<i>“Fazendo um levantamento nos prontuários, eu observei que os enfermeiros da noite não estão fazendo a evolução como os enfermeiros do dia. Eu fui questionar e aí ele falou “É que às vezes não muda nada. Se o que aconteceu durante o dia, foi a mesma coisa que aconteceu durante a noite, é necessário repetir? Se acontecer alguma coisa eu acrescento”. A padronização é necessária”. (E3)</i>
Padronização	<i>“Existem algumas instituições particulares que quando você entra, você tem um período de treinamento, e nesse treinamento, tanto de enfermeiro, quanto de técnico, você tem uma padronização do registro do paciente, até a ordem do que você vai colocar eles te apresentam”. (E4)</i>
O que deve ser padronizado	<i>“Tentar ver o que poderia ser padronizado de siglas no hospital para que a gente pudesse já, escrever mesmo”. (E7)</i>
O que levantar	<i>“A gente poderia fazer um levantamento dos termos que a gente poderia adotar aqui no Gafree”. (E9)</i>

Os itens levantados são fundamentais para a melhoria dos registros, pois a organização e a padronização facilitam a comunicação e o entendimento entre os profissionais, tornando os registros mais uniformes. A definição de prioridades neutraliza problemas e diminui a heterogeneidade entre as informações, deixando a equipe de enfermagem menos exposta a consequências negativas, pois se define requisitos mínimos que devem obrigatoriamente fazer parte dos das anotações.

O fato de a enfermeira levantar o questionamento da necessidade do registro no plantão noturno demonstra a falta de sensibilidade para observar a própria rotina de trabalho e perceber que os cuidados são ofertados 24h e que o cliente se comporta de maneira diferente no período. O diferencial da enfermagem está na manutenção permanente do cuidado direto ou indireto para os clientes.

Propôs-se um levantamento das siglas mais prevalentes e a sua padronização na Instituição. As siglas universais existem, entretanto a Instituição padroniza algumas siglas a serem utilizadas. A padronização de siglas é um caminho para melhorar a comunicação e o entendimento entre as equipes, evitando múltiplas variações de siglas para caracterizar o mesmo achado.

A segunda meta estabelecida foi a necessidade das enfermeiras registrarem pautadas em uma teoria, evidenciada nas falas a seguir.

Quadro 9: O uso de uma Teoria

PONTOS	FALAS DAS ENFERMEIRAS
Teoria	<i>“E o Conselho já está cobrando das Instituições a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, precisamos estar então fundamentados em uma teoria”.</i> (E4)
Obrigação Definição Interesse	<i>“É... A Sistematização vai ter que ser implantada, efetivamente. Todos os hospitais terão que aderir a Sistematização. O que a gente precisa pensar, inicialmente é: Quem são as teóricas que nós queremos adotar? Quem são aquelas que nos interessam? Dentro no nosso processo de trabalho, quais são as teóricas que nós temos mais aproximação?”</i> (E5)

As teorias de enfermagem direcionam as ações das enfermeiras, responsabilizando-as pelos cuidados prestados aos clientes, não mais executados de forma empírica (TANNURE E PINHEIRO, 2010). A teoria é o alicerce estrutural para a prática de enfermagem, e a Sistematização da Assistência necessita de um marco conceitual que a fundamente. A teoria facilita e norteia a organização dos achados e ajuda a tornar a prática mais integradora e coerente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é citada pela enfermeira como uma cobrança do Conselho, entretanto a articulação dos resultados apresentados com a necessidade de implementação da SAE mostra que as enfermeiras já estão preocupadas com a questão.

Sabe-se que a implementação da SAE nos hospitais está longe de ser um trabalho fácil, a obrigatoriedade de aplicação das etapas do processo de enfermagem nos hospitais, sem um treinamento prévio e com um número escasso de profissionais, tem colocado as enfermeiras em uma verdadeira “camisa de força”. A SAE é o caminho, não há como negar,

porém precisa ter um ponto inicial e a escolha de uma teoria para fundamentar o cuidado é o primeiro passo, fato levantado pela enfermeira.

A terceira meta estabelecida pelas enfermeiras foi oferecer treinamentos para os profissionais. O reconhecimento dessa lacuna está representado nas falas a seguir.

Quadro 10: Oferecer treinamento para os profissionais

PONTOS	FALAS DAS ENFERMEIRAS
Ter ponto de partida	<i>“Não dá para começar em todo hospital, precisamos ter um ponto de partida em algum lugar, começa em uma enfermaria, amplia para outra”. (E6)</i>
Treinar em pequenos grupos	<p><i>“Não sei se seria válido fazer no 1º momento em uma enfermaria ou em um andar para poder treinar ou fazer um treinamento para todo mundo. Eu acharia melhor primeiro fazer em um grupo pequeno e daí expandir”. (E7)</i></p> <p><i>“Penso que seria melhor trabalharmos com uma só enfermaria talvez a própria 10ª”.(E8)</i></p>

A necessidade de treinamento também despertou interesse, pois evidencia uma abertura para intervenção de maior abrangência, instituindo um projeto piloto na Instituição. Foram agendados, com a enfermeira da educação continuada do hospital, treinamentos e discussões sobre Registros com os profissionais de enfermagem do HUGG, que iniciarão em Junho de 2013.

O treinamento dividido por setores foi uma proposta interessante, pois poderá partir de um micro espaço de cuidar, onde é possível realizar o acompanhamento mais cuidadoso até se conseguir atingir todo o hospital.

O processo de discussão e reflexão foi um momento para repensar a prática e vislumbrar possibilidades de mudanças sobre os registros de enfermagem.

O esquema abaixo mostra as etapas dos encontros de discussão-reflexão.



Esse diagrama demonstra uma possibilidade de revisitar os registros de enfermagem que nos encaminha para a assunção de uma posição como enfermeiras sobre o que é necessário saber: diagnóstico do cliente e das situações-problema; crítica à prática de registrar; processo operacional de registrar; estabelecer metas para registrar; padronizar siglas dos registros; capacitar quem registra e registrar com cientificidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo apontam o *Modus operandi* de registrar das enfermeiras do Hospital Universitário Gaffreé e Guinle. O levantamento do diagnóstico situacional dos registros, através da coleta de dados nos prontuários, permitiu o mergulho no universo a ser pesquisado. Nesta fase da estratégia de produção dos dados, foram avaliados dois elementos das anotações: a forma e o conteúdo.

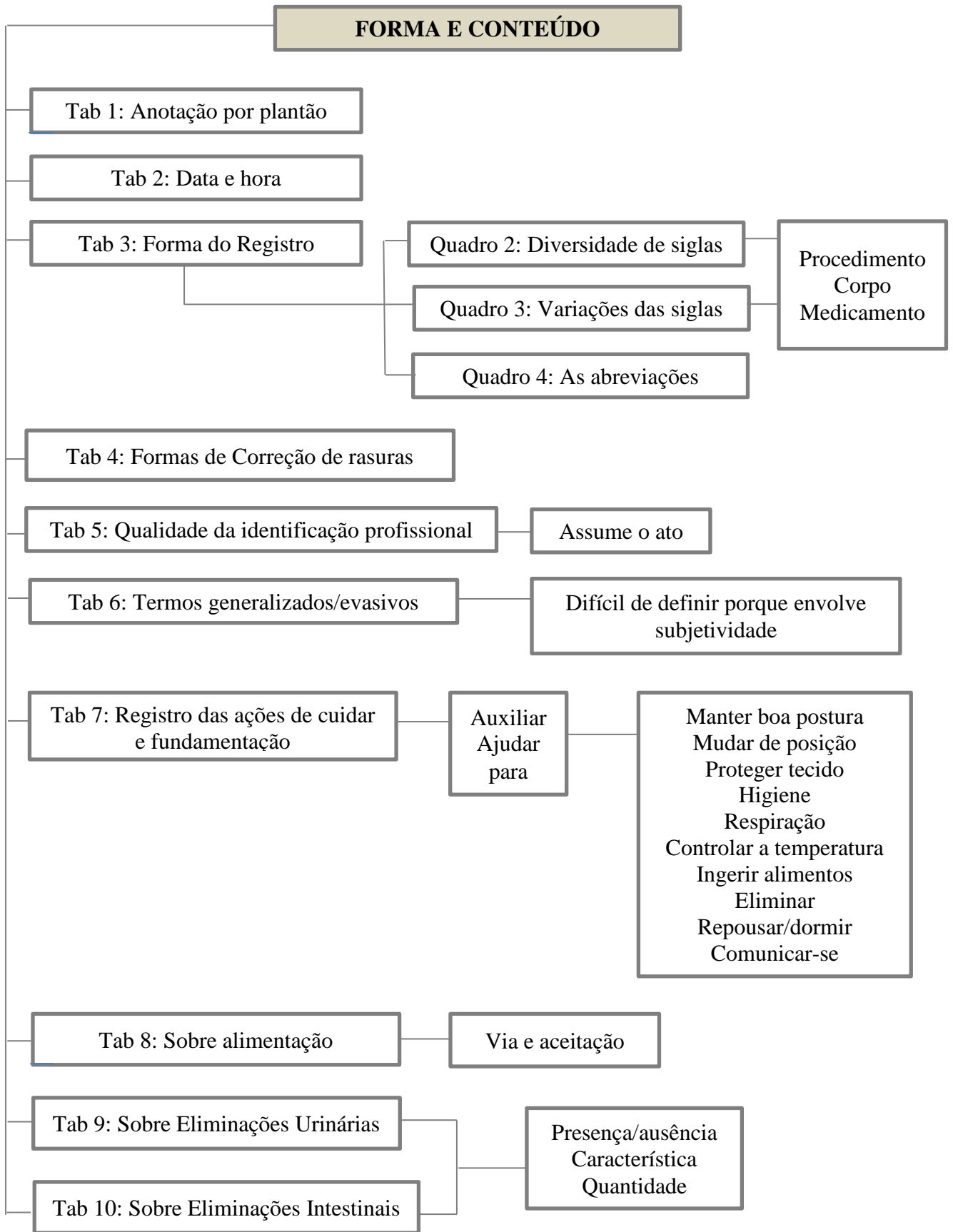
No tocante a forma identificou-se os seguintes aspectos: número reduzido de anotações por plantão, falha na anotação de data e hora precedendo cada registro, ilegibilidade em alguns registros, presença de rasuras e espaço em branco entre as anotações, erros ortográficos e uso indiscriminado de abreviaturas.

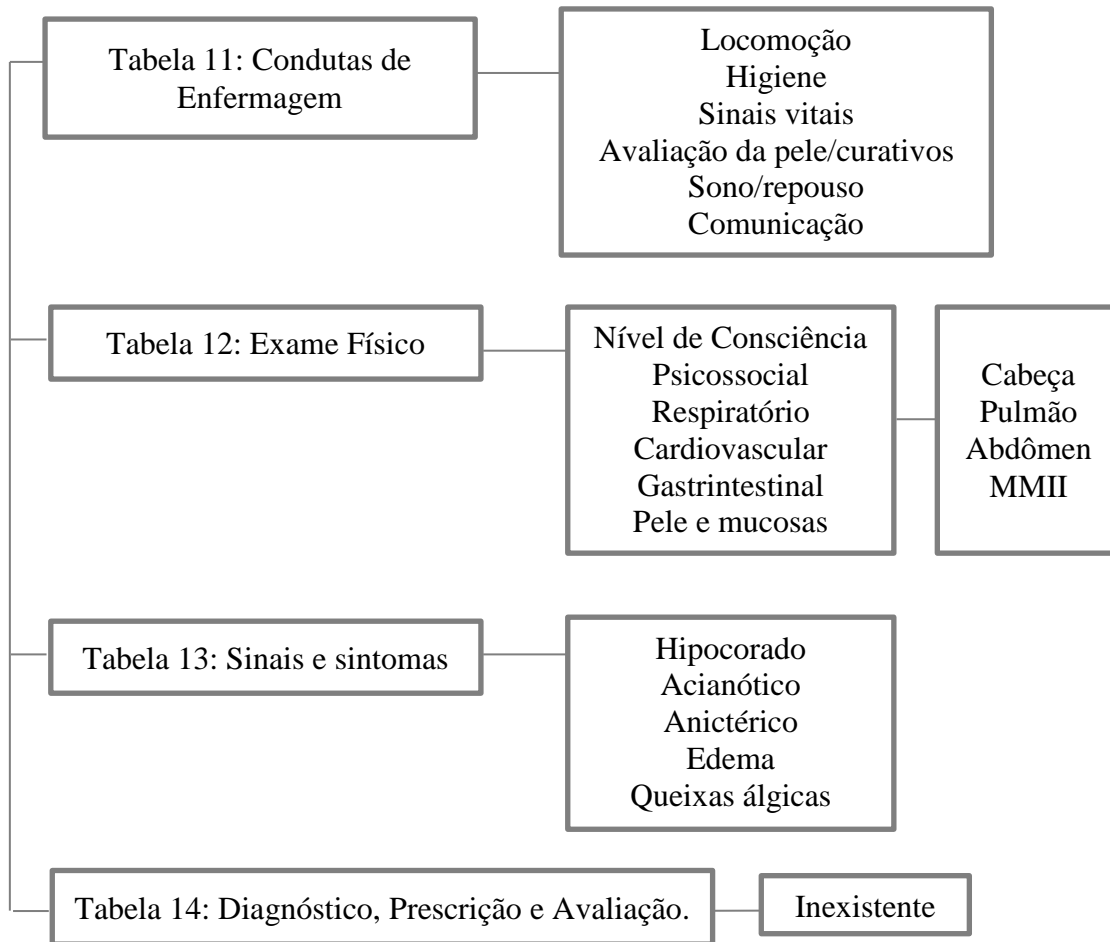
Em relação ao conteúdo, os dados levantados foram fundamentados sobre os componentes básicos do cuidado de enfermagem, segundo Virginia Henderson, e sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Dos 14 componentes de Henderson, foram encontrados registros de 7 ações de cuidar, a saber: Ajudar o paciente na respiração e a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal; Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos; Auxiliar o paciente na eliminação; Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, assentar-se, deitar-se e mudar de posição; Ajudar o paciente a repousar e a dormir; Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentar e Ajudar o paciente a se comunicar com outros, exteriorizar suas necessidades e sentimentos. Quanto à SAE, os registros encontrados foram relacionados ao exame físico, sendo as outras fases do processo inexistentes.

A presença dos registros nos prontuários, mesmo que deficiente e insuficiente, demonstra o progresso e a contribuição significativa para a história e a memória da enfermagem. A qualidade das anotações ainda não se encontra no nível desejável, todavia a presença de registro indica a preocupação da equipe de enfermagem com a questão. Os elementos inadequados dificultam a comunicação entre as equipes, o planejamento de estratégias para a otimização do processo de trabalho, a avaliação da qualidade do cuidado, a incorporação de uma linguagem própria e de termos universais entre a enfermagem, prejudica também a visibilidade do cuidado de enfermagem, a coleta de dados para pesquisas e tornam o documento frágil diante de processo ético-legal e jurídico.

Encontra-se abaixo o desenho esquemático para a (in) conclusão do *Modus operandi* de registrar.





Os achados deste estudo mostram que a equipe de enfermagem cuida de um corpo incompleto. O fato evidencia-se pela prevalência de anotações no exame físico como *Lúcido e orientado, ventilando em ar ambiente, abdômen flácido e indolor a palpação e MMII livres de edema*. Os termos utilizados indicam uma fragmentação do corpo do cliente.

Quanto ao aspecto psicossocioespiritual encontrou-se poucas anotações, comprovando a despreocupação da enfermagem em registrar o ser na sua totalidade e aspectos que vão além do cuidado ao corpo físico e biológico.

Como esta pesquisa trabalhou na perspectiva da pesquisa-ação, analisaram-se os achados e após essa etapa os resultados foram devolvidos aos maiores interessados – A equipe de enfermagem executora dos cuidados e dos registros.

A pesquisa-ação é uma forma de pesquisa efetuada pelos sujeitos a partir de sua prática e tem o objetivo de transformá-la. Para que a mudança aconteça torna-se necessário trabalhar com sujeitos reativos, ou estimulados por mudança. A transformação da realidade só acontecerá se os indivíduos que estiverem na prática quiserem transformá-la, não há fórmula mágica ou roteiro pré-definido.

O HUGG foi e é cenário de inúmeros estudos realizados pela Enfermagem, entretanto, os muitos resultados encontrados nem sempre foram devolvidos aos participantes. Diante disso, não geraram iniciativas às mudanças na prática. O objetivo desta pesquisa foi justamente tentar minimizar essa inquietação, que emergia na fala dos profissionais do hospital. Os dados poderiam ser apresentados somente às chefias de enfermagem, porém as mudanças necessárias não podem ser decretadas de forma verticalizada e autoritária, precisam fazer sentido para quem cuida diretamente do cliente. Logo, os encontros de reflexão foram direcionados às enfermeiras assistenciais e estendidos às chefias de enfermagem.

Classicamente as mudanças são concebidas de cima para baixo, ou seja, o superior identifica o problema, idealiza e planeja medidas e as comunica aos subordinados. Esse planejamento muitas vezes encontra-se totalmente distante da realidade prática daqueles profissionais, tornando o processo penoso e fatalmente levando ao fracasso.

Realizaram-se dois encontros de discussão-reflexão e a partir desses encontros foram estabelecidas metas com as enfermeiras para a melhoria da qualidade dos registros.

Nesses encontros as enfermeiras validaram os resultados encontrados nos prontuários e levantaram os pontos que são passíveis de mudanças considerando o seu processo de trabalho e o dimensionamento de pessoal. As metas estabelecidas foram: Padronização e uniformização dos registros, pautar o cuidado em uma teoria de enfermagem e oferecer treinamentos para os profissionais.

Uma vez estabelecidas as metas para a mudança dos *modus operandi* dos registros, dar-se-á início o processo de implantação das etapas e ações a serem adotadas pelo grupo. Esse momento exigirá a reorganização dos fluxos e de processos e subprocessos macros e setorizados, a determinação de quem e como os registros serão realizados, a reavaliação e reelaboração dos instrumentos de registros, definição de metodologia de apuração e análise dos indicadores de desempenho dos processos de registros e do desempenho funcional.

Conclui-se que para um bom registro de enfermagem faz-se necessário algumas habilidade/atributos/attitudes, a saber: 1) Conhecer a missão, o propósito, o perfil, os protocolos e as rotinas da Instituição, pois facilita e agiliza o processo de trabalho, garantindo a segurança do cliente; 2) Conhecer o cliente que recebe o cuidado, a fim de garantir uma assistência de qualidade pautada nas necessidades particulares de cada indivíduo; 3) Ter conhecimentos, sobretudo, científicos para o bom desempenho da prática assistencial; 4) Estar disponível e ter compromisso com a profissão que exerce, com a Instituição e principalmente com o cliente que consome os cuidados- o ato volitivo é fundamental; 5) Ter condição de infraestrutura e uma equipe bem treinada e liderada; 6) Ter número suficiente de profissionais

para o desempenho de atividades gerenciais e assistenciais- O dimensionamento adequado é essencial; 7) Possuir profissionais disponíveis para capacitar a equipe e fiscalizar o exercício para obter-se o retorno necessário e assim retroalimentar com subsídios para a prática.

Ao final deste estudo pode-se afirmar que houve um momento de reflexão pela enfermagem sobre a necessidade e a importância dos registros. Certamente, o cuidado prestado engloba muito mais do que se registra, entretanto a qualidade dos registros encontra-se aquém do que realmente é preconizado como padrão-ouro.

A riqueza do banco de dados permite estabelecer correlações diferenciadas, acrescentando outros modos de focar o fenômeno para publicação de artigos. A revisão de literatura mostrou que há carência de estudos que tenham como foco a transformação da realidade, espera-se que estudos futuros ajudem a preencher a lacuna nessa área de conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ªed., Porto Alegre: Artmed, 2005.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARBIER, René. **A Pesquisa-ação**. Brasília: Líber livro, 2007.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de (Org.). **Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BERLO, David K. **O processo de Comunicação Introdução à Teoria e à Prática**. 10ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3** de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CARRIJO, Alessandra Rosa; OGUISSO, Taka. **Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005)**. Rev Bras Enferm, v. 59, n. esp, p. 454-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea12.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

_____. **Resolução COFEN 311/07. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 12 de maio de 2007.

COSTA, Sandra Patrícia da; PAZ, Adriana Aparecida; Souza, Emiliane Nogueira de. **Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, mar. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11439>>. Acesso em: 04 fev. 2011.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva. **Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários**. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 17, n. 4, p. 383-91, out/dez. 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_4/pdf/art3.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2011.

ESTEBANEZ, Keroulay Roque. **Avaliação dos eventos adversos relacionados à medicação no contexto Hospitalar**. Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. 2009. Orientador: Profª Drª Enirtes Caetano Prates Melo.

_____.; MELO, Enirtes Caetano Prates. TONINI, Teresa. **Pós-Operatório de Transplante Renal: Avaliando o Cuidado e o Registro do Cuidado de Enfermagem.** Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 409 – 16, set. 2007.

FALCO, MS. ABDELLAH, Faye Glenn. In: George, J.B. Teorias de Enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. 4ªed., Porto Alegre: Artmed, 2000.

FONTES, Maria Cristina Ferreira; MENDES, Isabel Amélia Costa; HAYASHIDA, Miyeko; DALRI, Maria Célia Barcellos. **Análise das anotações da enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. RENE, Fortaleza, v.7, n.3, p. 70-77, set/dez. 2006. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/pdf/7_3.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2011.

FRANCISCO, Marcio Tadeu Ribeiro. **Auditoria em Enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro, 1990.

HENDERSON, Virginia. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem.** São Paulo: Cortez Editora, 1989.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HESSEN, Johannes. **Teoria do conhecimento.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

JAPIASSÚ, Hilton. MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

MACHADO, Daniel Aragão. **Registros de enfermagem: a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita.** 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Orientadora: Profª Drª Nébia Maria de Almeida Figueiredo.

MATSUDA, Laura Misue; CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. **Anotações/ registros de enfermagem em um hospital-escola.** Cienc Cuid Saúde, v. 6, Suplem. 2, p. 337-346, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5307>. Acesso em 07 fev. 2011.

_____.; SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques. **Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?** Rev. Elet. Enf., v. 8, n. 3, p. 415-21, 2006. Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 05 fev. 2011.

McGARRY, K. J. **Da documentação à informação: um conceito em evolução.** Lisboa: Editorial Presença, 1984. 196p.

MUNCK, Sergio. ET AL- O prontuário do Paciente. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de Apoio em Registros de Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NASCIMENTO, Suzana Rodrigues. MEIER, Marineli Joaquim. Uma visão tecnológica do exame físico. In: WESTPHALEN, Mary. CARRARO, Telma Elisa. **Metodologia para a Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática**. Goiânia: AB, 2001.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas Sobre Enfermagem. O que é e o que não é**. São Paulo: Cortez/ Ribeirão Preto: ABEn- CEPEn, 1989.

NORONHA, José Carvalho. **Utilização de Indicadores de Resultados para a Avaliação da Qualidade em Hospitais de Agudos: Mortalidade Hospitalar após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio em Hospitais Brasileiros**. Doutorado- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ. 2001. Tese de doutorado. Orientador: José Luis Fiori.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; SANTOS, Claudia Benedita dos. **Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada**. Rev Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 184-91, março-abril 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2011.

_____; ROSSI, Lídia Aparecida; HAYASHIDA, Miyeko. **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 35, n. 4, p.390-8, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342001000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 fev. 2011.

OGUISSO, Taka. **Dimensões ético-legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente**. Rev Paul Enfer, 2003; 22(3): 245-54.

PIMPÃO, Fernanda Demutti; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; VAGHETTI, Helena Heitmann; LUNARDI, Valéria Lerch. **Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus Registros: Buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 403-10, jul/set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

Plano Operativo Anual 2009/2010- Hospital Universitário Graffreé Guinle, disponível em: http://www.unirio.br/hugg/arquivos/POA_2010.pdf. Acesso em 16 jan. 2011.

Portal da Enfermagem. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/30-horas.asp>. Acesso em: 25 nov 2011.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo (SP): Iátria, 2005.

POTTER, Patrícia. PERRY, Anne. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REPPETTO, Maria Ângela; SOUZA, Mariana Fernandes de. **Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário**. Rev Bras Enferm, v. 58, n. 3, p. 325-9, maio-jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000300014&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2011.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; PAULA, Adenylza Flávia Alves de; LIMA, Josilene Pereira. **O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário**. Rev Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 80-7, janeiro-fevereiro 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria**. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2011.

SILVA, Maria Julia Paes. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.

TANNURE, Meire Chucre. PINHEIRO, Ana Maria. **SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem- Guia Prático**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VENTURINI, Daniele Aparecida; MARCON, Sonia Silva. **Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola**. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 61, n.5, p. 570-5, set/out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a07v61n5.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2011.

VIANA, Ádane Domingues. **Processo de Trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico: implicações para a Enfermagem**. Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. 2010. Dissertação em Enfermagem.

VINCENT, Charles. **Segurança do doente: orientações para evitar eventos adversos**. Tradução de Rogério Videira. 1ª ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009.

ZOEHLER, Karen Gonçalves. LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão**. Rev. Gaúcha de Enfermagem. v.21, n.2, p.110-124, 2000. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

APÊNDICE A: Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- Registro da Enfermeira

Número do prontuário:

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome da Instituição: _____

Data da Coleta: ____/____/____

Data do Registro: ____/____/____

Dias de Internação:

--	--	--

1) Data de nascimento: ____/____/____

2) Sexo: 1 [] masculino 2 [] feminino

3) Frequência da anotação por plantão: __ __

4) Presença de data ao iniciar o registro: 1 [] Sim 2 [] Não

5) Horário do Registro: 1 [] Sim 2 [] Não

6) Presença de Rasuras:

1 [] Sim

2 [] Não (**Pular para item 08**)

7) Se existir rasura, qual a forma de correção:

1 [] Ocultando o original com caneta

2 [] Ocultando o original com corretivos

8) Espaço em branco: 1 [] Sim 2 [] Não

9) Letra legível:

1 [] Sim (**Pular para item 12**)

2 [] Não

10) Caso a letra seja ilegível, quantas palavras não são possíveis entender no registro?

1 [] 1 a 2

4 [] 7 a 8

Nº Total de palavras: _____

2 [] 3 a 4

5 [] 9 a 10

3 [] 5 a 6

10 [] Mais que 10

11) As palavras ilegíveis interferem na compreensão do texto?

1 [] Sim

2 [] Não

12) Contém erro ortográfico:

1 [] Sim -----> Quantos: _____

2 [] Não

13) Uso de abreviaturas:

1 [] Sim

2 [] Não (**Pular para item 15**)

14) Abreviaturas padronizadas.

- 1 [] Sim ---→ Quantas? _____
 2 [] Não ---→ Quantas? _____

15) Identificação do profissional ao final do registro:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 17**)

16) De que consta a identificação:

- 1 [] Apenas rubrica. 4 [] Nome
 2 [] Assinatura e número de registro profissional 5 [] Nome e categoria Profissional.
 3 [] Assinatura, categoria profissional e número de registro profissional.

17) Contem registro de Mudança de Decúbito: 1 [] Sim 2 [] Não**18) Contem registro de higienização (corporal, ocular, oral, íntima, capilar):**

- 1 [] Sim -→ Especifique: _____
 2 [] Não

19) Contem registro de Acesso venoso:

- 1 [] Sim --→ Especifique: _____
 2 [] Não

20) Contem registro de sinais vitais:

- 1 [] Sim -→ Especifique: _____
 2 [] Não

21) Contem registro de avaliação da pele/feridas/curativos:

- 1 [] Sim -→ Especifique: _____
 2 [] Não

22) Contem registro de administração de medicamentos:

- 1 [] Sim ----→ Especifique: _____
 2 [] Não

23) Contem registro de sinais e sintomas:

- 1 [] Sim -→ Quais: _____
 2 [] Não

24) Registro de termos que contem denotação de valor tais como bem, mal, pouco, muito:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 26**)

25) Se sim, qual:

- 1 [] Bem 5 [] Pouco
 2 [] Bom 6 [] Grande
 3 [] Mal 7 [] Pequeno
 4 [] Muito 8 [] Outros → 9 Especifique: _____

26) Contem registro sobre a alimentação (dieta) do cliente:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 31**)

27) Dieta zero:

- 1 [] Sim (**Não responder itens 29 e 30**)
 2 [] Não (**Pular para item 29**)

28) Contem justificativa de dieta zero:

- 1 [] Sim → Especifique: _____
 2 [] Não

29) Registro da Via de administração (Via oral, enteral, parenteral): 1 [] Sim 2 [] Não

30) Registro da Aceitação (parcialmente, totalmente, não aceitou): 1 [] Sim 2 [] Não

31) Contem Registro sobre eliminações urinárias:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 35**)

32) Registro sobre a Ausência/presença de eliminações urinárias:

- 1 [] Presente
 2 [] Ausente (**Pular para item 35**)

33) Registro sobre as Características da eliminação urinária: 1 [] Sim 2 [] Não

34) Registro sobre a quantidade de eliminação urinária: 1 [] Sim 2 [] Não

35) Contem Registro sobre eliminações intestinais:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 39**)

36) Registro sobre a Ausência/presença de evacuação:

- 1 [] Presente
 2 [] Ausente (**Pular para item 39**)

37) Registro sobre as Características da evacuação: 1 [] Sim 2 [] Não

38) Registro sobre a quantidade de evacuação: 1 [] Sim 2 [] Não

39) Registro sobre Sistema Neurológico e Nível de consciência:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

40) Registro sobre aspectos psicossócioespiritual:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

41) Registro sobre Sistema Cardiovascular:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

42) Registro sobre Sistema respiratório:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

43) Registro sobre Sistema Digestório:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

44) Registro sobre MMSS e MMII:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

45) Contem diagnósticos de enfermagem:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

46) Contem prescrição de enfermagem:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não

47) Registro sobre a avaliação dos cuidados prescritos:

- 1 [] Sim -----→ Termos utilizados: _____
 2 [] Não



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- Registro do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Número do prontuário:

--	--	--	--	--	--	--

Nome da Instituição: _____

Data da Coleta: ____/____/____

Data do Registro: ____/____/____

Dias de Internação:

--	--	--

1) Data de Nascimento: ____/____/____

2) Sexo: 1 [] masculino 2 [] feminino

3) Frequência da anotação por plantão: _____

4) Presença de data ao iniciar o registro: 1 [] Sim 2 [] Não

5) Horário do Registro: 1 [] Sim 2 [] Não

6) Presença de Rasuras:

1 [] Sim

2 [] Não (**Pular para item 08**)

7) Se existir rasura, qual a forma de correção:

1 [] Ocultando o original com caneta

2 [] Ocultando o original com corretivos

8) Espaço em branco: 1 [] Sim 2 [] Não

9) Letra legível:

1 [] Sim (**Pular para item 12**)

2 [] Não

10) Caso a letra seja ilegível, quantas palavras não são possíveis entender no registro?

1 [] 1 a 2

4 [] 7 a 8

Nº Total de palavras: _____

2 [] 3 a 4

5 [] 9 a 10

3 [] 5 a 6

6 [] Mais que 10

1 [] Bem 3 [] Mal 5 [] Pouco 7 [] Pequeno
 2 [] Bom 4 [] Muito 6 [] Grande 8 [] Outros → Especifique: _____

26) Contem registro sobre a alimentação (dieta) do cliente:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 31**)

27) Dieta zero:

- 1 [] Sim (**Não responder itens 29 e 30**)
 2 [] Não (**Pular para item 29**)

28) Contem justificativa de dieta zero:

- 1 [] Sim → Especifique: _____
 2 [] Não

29) Registro da Via de administração (Via oral, enteral, parenteral): 1 [] Sim 2 [] Não

30) Registro da Aceitação (parcialmente, totalmente, não aceitou): 1 [] Sim 2 [] Não

31) Contem Registro sobre eliminações urinárias:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 35**)

32) Registro sobre a Ausência/presença de eliminações urinárias:

- 1 [] Presente
 2 [] Ausente (**Pular para item 35**)

33) Registro sobre as Características da eliminação urinária: 1 [] Sim 2 [] Não

34) Registro sobre a quantidade de eliminação urinária: 1 [] Sim 2 [] Não

35) Contem Registro sobre eliminações intestinais:

- 1 [] Sim
 2 [] Não (**Pular para item 39**)

36) Registro sobre a Ausência/presença de evacuação:

- 1 [] Presente
 2 [] Ausente (**Pular para item 39**)

37) Registro sobre as Características da evacuação: 1 [] Sim 2 [] Não

38) Registro sobre a quantidade de evacuação: 1 [] Sim 2 [] Não

39) Contem registro do estado geral do cliente:

- 1 [] Sim -> Termos utilizados: _____
 2 [] Não

APÊNDICE B: Termo de Compromisso com a Instituição

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Samanta Oliveira da Silva Diniz, portadora do RG nº13214115-5 IFP, mestranda pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO assumo o compromisso com o Hospital Universitário Graffré e Guinle, a realizar a pesquisa sob o título de: **MODUS OPERANDI DE REGISTRAR: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca da assistência prestada pelos profissionais que atuam na instituição do referido estudo.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

Pesquisador (a)

APÊNDICE C: Modelo de Termo de Consentimento informado aos profissionais de saúde:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **MODUS OPERANDI DE REGISTRAR: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**, que será desenvolvido pela coordenadora do projeto Dr^a Teresa Tonini e Samanta Oliveira da Silva Diniz, mestranda da linha de pesquisa “O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar em enfermagem” da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, turma 2011/2012.

Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo desta pesquisa é intervir nos registros, estabelecendo ações interventivas e metas com as enfermeiras para melhoria dos registros sobre os cuidados de enfermagem.

Sua participação consistirá em participar de uma dinâmica de grupo, que envolverá questões sobre os registros de enfermagem em unidades de internação, havendo risco mínimo relacionado com a sua participação e o benefício será a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Samanta Oliveira da Silva Diniz
 Telefone: (21)84503893
 E-mail: rmos_sam@yahoo.com.br

Teresa Tonini
 Telefone: (21) 81731913
 E-mail: ttonini@terra.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa UNIRIO
cep-unirio@unirio.br / cep-unirio@unirio.br / cep.unirio09@gmail.com
 Telefone: 21-2542-7796

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

PROJETO DE PESQUISA

Título: INTERVENÇÃO NO MODUS OPERANDI DE REGISTRAR: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

CAAE: 00836312.1.0000.5285

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 23646

Data da Relatoria: 26/04/2012

Apresentação do Projeto:

O objeto deste estudo trata das intervenções nos registros de enfermagem em um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa avaliativa mediatizada pela pesquisa-ação. O cenário de estudo será o Hospital Universitário Graffarê e Guinle. Os participantes serão enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados será realizada nos meses de Abril a Junho de 2012, com a demarcação de três momentos: A entrada no campo de estudo; O Diagnóstico Simplificado dos Registros de Enfermagem; e a Intervenção-Avaliação, através de discussões pautadas em uma sequência de ação-reflexão-ação.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto possui três objetivos primários: Identificar o processo operacional das enfermeiras nos registros dos cuidados prestados; Estabelecer ações interventivas e metas com as enfermeiras para melhoria dos registros sobre os cuidados de enfermagem; e Discutir as implicações das ações interventivas e metas sobre os registros geram para os cuidados de enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados da pesquisa podem beneficiar o registro de enfermagem do HUGG e, por conseguinte, o cuidado prestado aos clientes e à administração hospitalar. A pesquisa aceita que "o conteúdo do Registro de Enfermagem é estratégico para o processo de tomada de decisão nos níveis gerenciais e operacionais."; que apesar de muitas pesquisas analisarem o registro de enfermagem, "nota-se, na prática assistencial, que a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, pois os registros, quando realizados, são escassos e incompletos." Igualmente, grande parte dessas pesquisas tem cunho documental, considerando o prontuário do cliente, e alcançam conclusões semelhantes. A pesquisa visa suprir uma carência nas investigações interventivas da área, pois privilegia uma metodologia que permita mudanças no modus operandi e no pensamento dos enfermeiros, uma vez que aceita a premissa que este tipo de abordagem conduz à transformação da realidade e produz conhecimento relativo a essas transformações. Ao intervir no modus operandi das enfermeiras podemos apontar as implicações que essas ações têm sobre o cuidado de enfermagem ao cliente. Se pretendemos manter ou atingir uma posição de autonomia no espaço de cuidar precisamos em primeiro lugar tornar-nos compreendidos e entendidos de todas as formas, entre elas através dos registros de enfermagem. Estimular a discussão sobre essa temática entre os enfermeiros envolvidos no cotidiano de cuidar e gerenciar é fundamental para garantir a melhora da assistência direta ao cliente, bem como a comunicação entre os profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado em termos de clareza do objeto e objetivo e da maneira de alcançá-los, uma vez que a metodologia está bem explicitada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está bem apresentado aos possíveis participantes. As informações necessárias à decisão de participar não da pesquisa foram detalhadas com clareza.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendências resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

RIO DE JANEIRO, 18 de Maio de 2012


Assinado por:

FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA

Fabiana B. Assumpção de Souza
Coordenadora
CEP - UNIRIO
PROPG-DPQ