

CONTEÚDO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Thaynan Gonçalves da Silva¹, Regina Maria dos Santos², Laís de Miranda Costa Crispim³, Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida⁴

Objetivos: o estudo buscou analisar o conteúdo dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados em dois hospitais de Maceió-AL e investigar quais as contribuições do conteúdo dos registros para a prática assistencial baseada no Processo de Enfermagem. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa. Foram analisados 843 registros, no período de maio/dezembro de 2012. **Resultados:** os dados evidenciaram que o conteúdo dos registros é deficiente, não retrata a realidade do paciente nem tampouco a assistência de enfermagem prestada. **Conclusão:** os registros realizados pela equipe de enfermagem não contribuem para o desenvolvimento do processo de enfermagem desses pacientes.

Descritores: Enfermagem, Registros de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem.

THE CONTENT OF NURSING RECORDS IN HOSPITALS: CONTRIBUTIONS TO THE DEVELOPMENT OF THE NURSING PROCESS

Objectives: this study aimed to analyze the content of nursing's registries us patient's records hospitalized in two hospitals from Maceió-AL and investigate what the contributions from registrie's content to care practice based in the nursing's process. **Methodology:** this is a quantitative study. Were analyzed 843 registries. **Results:** the data showed that registrie's content is deficient, do not show the patient's reality, nor the nursing's care. **Conclusion:** the registries made by nursing's team do not content to development of nursing's process of these patients.

Descriptors: Nursing, Nursing Care, Nursing Records.

EL CONTENIDO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES: CONTRIBUCIONES AL DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Objetivos: el estudio buscó analizar el contenido de los registros de enfermería en los registros de los pacientes ingresados en dos hospitales de Maceió-AL e investigar cuales las contribuciones de los contenidos de los registros para la práctica asistencial basada en el proceso de enfermería. **Metodología:** tratase de un estudio con un enfoque cuantitativo. Se analizaron 843, en el período de la coleta de daos. **Resultados:** los datos mostraron que el contenido de los registros es deficiente, no retrata la realidad del paciente, ni tan poco la asistencia de enfermería. **Conclusión:** los registros realizados por el personal de enfermería no contribuyen al desarrollo del proceso de enfermería de eses pacientes.

Descriptorios: Enfermería, Registros de Enfermería, Atención de Enfermería.

¹Enfermeira. Membro do Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre – GEDIM/ESENFAR/UFAL. t.thayngoncalves@gmail.com

²Enfermeira. Dra. em Enf. Prof. Assoc. IV da ESENFAR/UFAL;

³Enfermeira. Mestre em Enf. Prof. Assist II da ESENFAR/UFAL;

⁴Enfermeira. Dra. em Ciências. Prof. Adj I da ESENFAR/UFAL.

INTRODUÇÃO

É por meio da comunicação que as necessidades da pessoa assistida pela equipe de saúde são vistas e atendidas. Entretanto, uma comunicação pobre em um ambiente clínico complexo pode favorecer a ocorrência de eventos adversos, sendo imprescindível a realização de registros completos, que permitam uma comunicação contínua e eficaz, favorecendo o planejamento das ações terapêuticas⁽¹⁾.

Desse modo, o Processo de Enfermagem (PE) surge como forma de consolidação da assistência, como método de aplicação de uma teoria de enfermagem, favorecendo a organização do cuidado e a prática baseada em método científico. O indivíduo é visto de forma individual, segura e humanizada, e suas necessidades são reavaliadas constantemente, o que favorece o aperfeiçoamento do processo de trabalho de enfermagem⁽²⁻⁴⁾.

Na atualidade, o PE se operacionaliza nas seguintes etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação dos resultados. Esse processo é regulamentado pela Resolução Cofen nº 358/2009, a qual dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem⁽⁵⁾. Deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, baseado num suporte teórico que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados⁽⁵⁾.

Este estudo trata da contribuição do conteúdo dos registros de enfermagem para o desenvolvimento do PE dirigido a pacientes atendidos em unidades cirúrgicas hospitalares. Objetivou-se analisar o conteúdo dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados em duas instituições hospitalares de Maceió-AL e investigar quais as contribuições do conteúdo desses registros para a prática assistencial baseada no PE.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa com abordagem quantitativa, realizada nas Clínicas Cirúrgicas, Masculina e Feminina de dois hospitais da cidade de Maceió/AL, sendo um da rede privada e um da rede pública. O hospital público foi denominado Hospital "X" e o hospital privado Hospital "Y", para que fosse garantido o anonimato das instituições participantes do estudo. A população foi constituída pelos registros de enfermagem constantes nos prontuários dos pacientes que estiveram internados no período acordado para a coleta de dados que durou 6 meses.

A amostra foi estabelecida em 25% dos prontuários encontrados no Hospital "X" e em 100% dos prontuários encontrados no Hospital "Y", esta última devido à quantidade restrita de prontuários encontrados. Assim, no Hospital "X", foram examinados 25% de 362 prontuários, somando 90 prontuários pertencentes à amostra e analisados 732 registros enquanto que, no Hospital "Y", foram examinados 100% de 10 prontuários, somando 111 registros analisados, objetivando comparar registros nas duas instituições. Foram examinados, ao

todo, 843 registros de enfermagem. A pesquisa foi aprovada com o parecer consubstanciado do COEPE-CESMAC, com protocolo nº 1327/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encerrada a coleta de dados, procedeu-se a organização e tratamento adotando a estatística descritiva simples, trabalhando frequência simples e acumulada. Os dados mostraram o que se segue: no hospital X, dos 90 prontuários analisados, 16 (18%) não continham nenhum registro de enfermagem. Já no Hospital Y, 100% dos prontuários analisados possuíam algum registro de enfermagem.

Esses dados refletem que na prática profissional nem sempre a assistência de enfermagem é devidamente documentada. A investigação dos registros mostrou que, nos existentes, mesmo se tratando de pessoas que se submeteram a procedimentos cirúrgicos de pequena até alta complexidade, como cirurgias de grande porte, não havia documentação do cuidado prestado.

No Hospital X, 67% dos registros estava precedido por hora e data, apresentando-se de forma clara (88,7%), objetiva (55,8%), e com abreviaturas previstas em literatura (57,2%). No entanto, a resposta do cliente frente ao cuidado de enfermagem esteve presente em apenas 8 (2%) dos 732 registros analisados. No Hospital Y, 83,8% dos registros estavam precedidos por hora e data, sendo redigidos de forma clara (89,1%), objetiva (85,5%) e com abreviaturas previstas em literatura (94,5%), mas, como no Hospital X, em apenas 1,8% dos registros aparecem as respostas do cliente aos cuidados de enfermagem.

No Hospital X, a assinatura do profissional de enfermagem estava presente em 97,8% dos registros efetuados, no entanto de forma ilegível, impossibilitando a sua identificação. O número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (Coren) apareceu em apenas 3,8% dos registros realizados. No Hospital Y, a assinatura do profissional de enfermagem estava presente em 99% dos registros efetuados e o número de inscrição no Coren em 84,8%.

Ao avaliar a existência da SAE no Hospital X, a partir do conteúdo dos registros de enfermagem, constatou-se que, das cinco etapas do processo, três aparecem documentadas nos prontuários dos pacientes (levantamento de dados, intervenções de enfermagem e evolução). No entanto, a etapa diagnóstico só apareceu em 1 registro, 0,27%, e a etapa evolução aparece numa frequência mínima, 0,13%, mostrando-se como dados preocupantes, uma vez que os diagnósticos representam o pensamento crítico do enfermeiro diante dos problemas levantados e a evolução é a fase de avaliação do cuidado.

Neste estudo, o conteúdo dos registros foi composto majoritariamente pela fase de levantamento de dados, sendo registrados dados referentes à entrevista (7,25%), observação (31,5%), exame físico (4,23%), indicação de procedimentos de enfermagem (34,8%) e, principalmente, por queixas não referidas pelo paciente (39,6%). Esse último dado merece destaque por demonstrar uma prática baseada na preocupação do profissional de enfermagem em registrar a ausência de queixas do paciente,

muito mais do que a assistência prestada.

Dos registros que contém a etapa de intervenção documentada, a maior parte (35,2%) possui anotações referentes à realização de procedimentos técnicos de enfermagem, dos quais se tem: verificação de sinais vitais (11,4%), realização de curativos (10,7%), administração de medicamentos (8,6%) e realização de punção venosa periférica (5,4%). É importante dizer que, ao registrar os procedimentos realizados, 42% dos profissionais não relatam a condição observada, materiais utilizados, benefício para o paciente e intercorrências clínicas, ou os registram de forma incompleta (31%).

No Hospital Y, o conteúdo dos registros de enfermagem também demonstra ausência da aplicação da SAE; as ações são guiadas pela rotina institucional e por vezes são puramente técnicas. Das etapas documentadas, a fase de intervenções de enfermagem é a mais registrada, no que se refere à anotação de procedimentos técnicos realizados (77,5%). A etapa de levantamento de dados é a segunda mais registrada, com entrevistas (37%), observações (83,8%) e indicações de procedimentos de enfermagem (58,5%). As etapas de diagnóstico (0,9%) e evolução (0,9%) são registradas numa frequência mínima.

Dos registros que contém a etapa de intervenção documentada, a maior parte (77,5%) possui anotações referentes à realização de procedimentos técnicos de enfermagem, dentre eles: verificação de sinais vitais (63,2%), cateterismo vesical (13,7%), glicemia capilar (6,8%), banho no leito (6,8%) e massagem de conforto (6,8%). Ao registrar o procedimento técnico realizado, 81% dos profissionais tiveram o cuidado de também registrar materiais utilizados, condição observada e benefício para o paciente, enquanto que apenas 6% dos profissionais não tiveram esse cuidado.

Os registros estudados foram classificados em satisfatório e insatisfatório, considerando que devem ser claros, completos, objetivos, desprovidos de impressões pessoais, entrelinhas ou espaços em branco e borrões; retratar os fatos como ocorreram, a assistência de enfermagem sendo prestada de forma crítica e reflexiva, pautada no conhecimento científico; ser precedidos por hora e data, e ao final de cada anotação deve constar a assinatura e o número de inscrição no Coren do profissional que realizou o cuidado⁽⁵⁾. No hospital X, 522 (71%) foram classificados como insatisfatórios, enquanto que, no hospital Y, 91 (82%) foram classificados como satisfatórios.

Ao avaliar a continuidade da assistência, através do conteúdo dos registros de enfermagem, verificou-se que, no Hospital X, em 45 prontuários (61%), não há uma sequência lógica de informações entre um registro e outro que permita a avaliação da evolução do paciente por qualquer profissional de saúde. No Hospital Y, diferentemente, em 100% dos prontuários analisados, há uma continuidade das informações pertinentes ao paciente que permitam avaliar a evolução do seu quadro clínico.

A SAE é o método pelo qual o enfermeiro organiza suas ações e direciona o cuidado, estabelecendo o PE. É por meio desse processo que as necessidades do paciente são identificadas e

um plano de cuidado é traçado para que possa ser executado pela equipe de enfermagem, com o objetivo de proporcionar o seu bem estar^(3,6).

Desse modo, é imprescindível que essas ações sejam documentadas e padronizadas, para que possam autenticar e otimizar o processo de trabalho. Quando o enfermeiro não registra um procedimento, uma orientação realizada, o cuidado prestado torna-se inexistente e a assistência não poderá ser validada, o que poderá implicar em questões ético-legais^(3,7). No entanto, na prática profissional, nem sempre a assistência de enfermagem é devidamente documentada e os registros mostram-se superficiais e incompletos, chegando a ser inexistentes em alguns casos.

A literatura aponta que os registros devem ser claros, objetivos, completos, e legíveis, ressaltando que um registro ilegível pode resultar em prejuízos para assistência e contribuir para o desenvolvimento de eventos adversos pela falha na comunicação escrita⁽⁴⁾. Esses registros devem ainda ser precedidos de data/hora, e conter assinatura e identificação do profissional ao seu final; não devem conter rasuras, entrelinhas, borrões ou espaços em branco, além de constarem em impresso devidamente identificado com os dados do paciente^(4,7).

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é dever da equipe de enfermagem prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência. Ainda deve assinar os registros efetuados, não assinando os registros realizados por outras pessoas, e indicar seu número de inscrição em órgão fiscalizador da profissão^(8,9).

O saber de Enfermagem, ao longo do tempo, se desenvolveu como ciência; os profissionais buscaram desenvolver seus métodos, habilidades e formaram um corpo próprio de conhecimentos. O cuidado de enfermagem passou a ser desenvolvido de forma interpessoal, direcionado ao atendimento integral das necessidades da pessoa assistida, sendo revisto a todo momento^(3,10). No entanto, parece que há um retrocesso no saber de enfermagem; o raciocínio clínico não faz parte do dia-a-dia do profissional e as ações por vezes se tornam mecânicas e repetitivas, como se pode observar nos registros que se seguem: "19/04/11 Paciente consciente deambulando sem queixas verificado SSVV, administrado medicação prescrita (R₁)"; (Grifo dos autores); "29/07/11 Paciente em venóclise feito curativo verificado SSVV (R₂)"; "9:00 12-08-2010. Realizado curativo c/ SF 0,9% c/ bom aspecto (R₃)"; (Grifo dos autores).

São os conceitos e definições das teorias de Enfermagem que direcionam as ações do enfermeiro, tornando o cuidado dinâmico, ordenado e investigativo⁽¹⁰⁾. Sendo assim, é a partir da coleta de dados que o enfermeiro poderá conhecer o outro, saber das suas reais necessidades e propor medidas que melhorem sua condição. Para tanto, é necessário o uso do PE, para que as ações se tornem organizadas e contínuas. Nos hospitais estudados, observou-se que a maior parte dos registros foi realizada por técnicos/auxiliares de Enfermagem, sugerindo um distanciamento do enfermeiro das atividades assistenciais.

Os registros de enfermagem têm o objetivo de garantir a continuidade da assistência, a segurança do paciente, do profissional e da instituição hospitalar, bem como fornecer dados para pesquisas, auditorias e análises judiciais⁽⁶⁾. É importante que, no prontuário do paciente, estejam registradas as intervenções realizadas, os resultados obtidos e a situação clínica do paciente^(4,7). No entanto, o que se encontra, na maioria das vezes, são registros incompletos, carentes de dados assistenciais e com erros de grafia, caracterizando uma escrita acrítica e desprovida de conhecimento, como se pode observar: “29.10.11 10:00 Pac em soroterapia com dreno sem animo desanimado (R₄)”. (Grifo dos autores); “24/07-23:00 Paciente lúcida, orientada, em soroterapia, descansando no leito. Sem mais (R5)”.(Grifo dos autores); “25.07.11 AS 11:00 Paciente deambulando sobre soroterapia sem ocorrências (R₄)”.

Por fim, os dados do estudo traduzem uma assistência desprovida da essência de Enfermagem: o cuidado do outro/ pelo outro. Os profissionais parecem estar desaprendendo a fazer Enfermagem, ou simplesmente não sabem fazê-la. As ações executadas são mecanicistas e as necessidades do paciente não são atendidas; o profissional se tornou refém da rotina hospitalar e o conteúdo dos registros representa uma prática carente de conhecimento e fidedignidade.

CONCLUSÃO

Os dados revelaram que os registros estudados, na sua maioria, são realizados por técnicos/auxiliares de Enfermagem

(72% no hospital Y) e, em alguns casos, chegam a ser inexistentes (Hospital X). As informações analisadas evidenciaram que o conteúdo é deficiente, não retrata a realidade do paciente, nem tampouco a assistência de enfermagem prestada, sendo majoritariamente composto por procedimentos técnicos de enfermagem, dos quais se destacam: verificação de sinais vitais, realização de curativo e execução da prescrição médica.

O paciente, foco do cuidado, não é visto na sua singularidade e o enfermeiro, ao não registrar as intervenções de enfermagem, mostra desconhecer como deveria cuidar. Assim, prejudica a realização de pesquisas sobre o cuidado de Enfermagem e, descumprindo o arcabouço jurídico que ampara seu exercício profissional, contribui para sua invisibilidade no ambiente hospitalar. Mais que isso, ao não registrar as intervenções de Enfermagem realizadas, as observações acerca dos resultados obtidos ou as informações sobre o estado da pessoa cuidada, suprime-se a contribuição da Enfermagem à assistência à saúde/doença das pessoas, dificultando a identificação do PE no processo de trabalho da área da saúde.

Enfim, constatou-se que os registros realizados pela equipe de enfermagem não contribuem para o desenvolvimento do processo de enfermagem desses pacientes: primeiro, porque nos serviços estudados não há método próprio da Enfermagem no processo de trabalho; segundo, porque os registros constantes no prontuário revelam que a Enfermagem tem dado conta do cumprimento da prescrição médica, mas não tem atentado para dar visibilidade ao cuidado de Enfermagem que efetivamente é prestado a cada um dos pacientes internados.

REFERÊNCIAS

1. Nagliate PC, Rocha ESB, Godoy S, Mazzo A, Trevizan MA, Mendes IAC. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 jan-fev [acesso em 2016 fev 28]; 21(Spec):[09 telas]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>.

2. Botelho J, Veloso GBL, Favero L. Sistematização da Assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. Enferm. Foco 2013 [acesso em 2016 fev 28]; 4(3,4): 198-201. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/552/235>.

3. Otoni A, Oliveira AR, Moraes JT, Goulart LC, Marinho MAS, Moura RRA, Cavalcante RB. O processo de enfermagem como metodologia de assistência em um setor de nefrologia. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015 maio [acesso em 2016 fev 28]; 5(2):1704-1713. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/496>.

4. Vieira GACM, Costa MML, Santos MAS, Menezes TL. Evaluation of nursing process at a university hospital in Campinha Grande, J. res.: fundam. care. Online 2014 out-dez [acesso em 2016 fev 29]; 6(4):1558-1570. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../pdf_998>.

5. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. Resolução COFEN- 358/2009. Que 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; 2009.

6. Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015 mar-abr [acesso em 2016 fev 29]; 23(2):234-41. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae>.

7. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. Rev Rene. 2013 [acesso em 2016 fev 28]; 14(6):1123-32. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352>.

8. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem compõe como anexo a Resolução Cofen 311/2007. Rio de Janeiro; 2007.

9. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. Resolução COFEN-191/1996- Revogou a Resolução COFEN-175/1994. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso no número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Rio de Janeiro; 1996.

10. Dourado SBPB, Bezerra CF, Anjos CCN. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos. Rev Enferm UFSM 2014 Abr/ Jun [acesso em 2016 mar 01]; 4(2):284-291. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/9931>.