

REGISTROS DE ENFERMAGEM – UM ESTUDO SOBRE SUA PRÁTICA*

CLEBER MONTEIRO DE ÁVILA**

DIANA CECAGNO***

HEDI CRECENCIA HEKCLER DE SIQUEIRA****

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo investigar a existência e a completude dos registros de enfermagem contidos nos prontuários dos pacientes de duas Unidades de Internação numa instituição hospitalar que presta assistência à comunidade adulta e infantil, numa cidade do sul do Estado do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se por uma metodologia qualitativa, apoiada na pesquisa documental. A coleta de dados foi realizada a partir da análise de 282 prontuários de pacientes que obtiveram alta das unidades, no período de janeiro a março de 2003. Quanto à existência, os registros de enfermagem encontrados levam a concluir que, além de incompletos, representam apenas 0,19% do total teoricamente previsto, sendo assim, numericamente insignificantes. Quanto à completude, não foi encontrado, entre os 282 prontuários analisados, um que contemplasse esse item, pois os registros são esporádicos e incompletos, não sistematizados, descontínuos e, portanto, com pouca significância, tanto legal como profissional.

PALAVRAS-CHAVES: registros de enfermagem, completude, existência.

ABSTRACT

The objective of this work is to investigate the existence and fullness of nursing records inside patients registries of two hospitalization Units pertaining to a public institution that attends to young and adult communities, located in a city of the state of the State of Rio Grande do Sul. Its characteristics include a methodology based on quality and analysis of documental research. The data collection was taken from the analysis of 282 patients registries that obtained discharge from the Units in the period between January and March 2003. Related to the aspect of existence, the nursing records indicate that, more than incomplete, they represent only 0,19% of the foreseen amount of records and, consequently, they are numerically insignificant. Moreover, related to the aspect of fullness, there were not nursing records that achieved the whole content of this point of investigation, because the registries were sporadic, incomplete, not systematized and continued and, therefore, without

* Recorte do trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro de Cleber Monteiro de Ávila

** Enfermeiro assistencial da Unidade de terapia intensiva da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande/RS.

*** Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela FURG, co- orientadora do trabalho.

**** Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do Núcleo de Pesquisa NEPEs, orientadora do trabalho.

professional and legal significance.

KEY WORDS: nursing records, fullness, existence.

1 – INTRODUÇÃO

As inúmeras ações executadas pela equipe de enfermagem, em relação ao cuidado de enfermagem, podem passar despercebidas se não forem documentadas. Por isso, esta deve utilizar um dos grandes canais de comunicação em sua prática, que é o registro escrito das atividades desenvolvidas. Baseado nas argumentações de Iyer, Taptish & Bernocchi-Losey (1993) dizem que esse representa um recurso valioso no desenvolvimento do cuidado, possibilitando sua visualização, contribuindo com a história de saúde dos clientes/pacientes, auxiliando nas medidas preventivas a serem seguidas, no diagnóstico e terapêutica do cliente, além de servir de documento de amparo legal, respaldando o profissional enfermeiro contra eventualidades em sua prática. Igualmente, possibilita a realização de auditoria, através da revisão do prontuário do cliente, para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada, e podendo, ainda, ser utilizado como instrumento de pesquisa.

Para que o registro de enfermagem tenha eficácia¹, ele necessita ser realizado com **exatidão**, isto é, o enfermeiro deve mencionar todos os fatos ocorridos, e relatá-los com veracidade. A omissão de qualquer acontecimento demonstra inexatidão, da mesma maneira que um registro realizado de forma errada. Sendo o prontuário um documento legal, não permite rasuras, porque este feito poderá comprometer a validade do conteúdo. Além disso, o registro precisa contemplar **brevidade**, ser conciso, completo, **legível** e ter assinatura do profissional (DU GAS, 1978).

Canello e Muntsch apud Cosentino (2000, p.149) afirmam que:

“A realização das anotações dos registros de Enfermagem constitui-se num trabalho intelectual que oportuniza ao profissional crescer e transformar-se num ser crítico capaz de questionar suas próprias atitudes e a de outros profissionais”.

Com base na observação realizada pelos autores acerca da inadequação dos registros, atualmente realizados num hospital da região sul do RS, este estudo teve por objetivo investigar a existência e a completude dos registros de enfermagem contidos nos prontuários dos clientes de duas Unidades de Internação (Clínica Médica-UCM e

¹ Qualidade de eficaz, que tem força, virtude de produzir efeito (FERREIRA, 1986).

Cirúrgica-UCC).

2 – METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por uma metodologia qualitativa, investigando contemplando o aspecto da completude² dos registros de enfermagem, para isso, especificamente, apoia-se na pesquisa documental. Esse tipo de pesquisa utiliza, como fonte de inspiração, documentos em quantidade significativa³, sendo os dados colhidos na fonte primária sem receber qualquer tratamento analítico, podendo ser arquivos públicos, documentos oficiais, contratos e jornais (GIL, 1999). A utilização de pesquisa documental, além de representar, geralmente, um grande êxito na coleta de dados, traz consigo alguns benefícios como a obtenção de dados com um custo menor, pois não há necessidade de recursos financeiros para esse tipo de coleta e também não causa constrangimentos aos sujeitos.

Esta pesquisa desenvolveu-se numa instituição pública que presta assistência à comunidade adulta e infantil, numa cidade do sul do Estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados foi realizada a partir dos prontuários dos clientes que obtiveram alta das referidas unidades, no período de janeiro a março de 2003. Primeiramente, foi levantado, junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico(SAME) do hospital, o número total de clientes atendidos nas respectivas unidades durante o período citado, identificando-se, assim, 360 clientes na UCM e 486 clientes na UCC. Percorrendo o processo, foi obtido, junto ao setor de custos do hospital, uma lista com dados correspondentes a esses clientes, como: nome completo, número de registro e data da internação. Para calcular a amostra que representasse significância, foi necessário uma pesquisa prévia aos registros do SAME em 100 prontuários de cada unidade que foram pesquisados. O objetivo dessa busca foi de obter o número representativo da ocorrência em que se observa o fenômeno, ou seja, a quantidade de registros de enfermagem encontrados em 100 prontuários de cada unidade pesquisada. Assim, foram encontrados 11 registros de enfermagem na UCC, e 06 na UCM, com equivalência respectiva de 162 e 360 prontuários a serem investigados. Para proceder a seleção desses prontuários, foram ordenados todos clientes

² completude neste trabalho, como dados relevantes e essenciais de enfermagem, para que se possa, com eles, avaliar a qualidade do cuidado.

³ Do Lat. Significativu, que significa ou exprime claramente um sentido; que tem valor expressivo. (FERREIRA, 1986).

da lista previamente fornecida pelo setor de custos, de forma sistemática, e chegando, assim, a um intervalo entre os elementos igual a 3. Esse processo, de acordo com Gil (1999 p.102), *“Requer que a população seja ordenada de modo tal que cada um dos seus elementos possa ser unicamente identificado pela posição”*.

A coleta de dados foi realizada no SAME, com o uso de um formulário estruturado, construído especificamente para essa finalidade (Anexo 1). Após a coleta de dados, seguiu-se o processo de codificação e tabulação dos dados, agrupando-os de acordo com os requisitos apresentados pelo instrumento aplicado. E a seguir procedeu-se a análise e interpretação.

2.1 – Análise e interpretação dos dados

De acordo com Gil (1999), a análise é realizada com o propósito de organizar os dados coletados, de forma que seja possível visualizar as respostas coletadas, enquanto a interpretação objetiva buscar um sentido amplo à investigação. Os conceitos são distintos, mas sua prática constitui-se num processo estreitamente relacionado.

É importante destacar que todos os prontuários foram examinados na sua integralidade, determinação e objetividade, como sugere Kurcgant (1991) nas argumentações sobre auditoria, e levando em consideração a obtenção dos dados e relacionando-os aos objetivos desejados neste trabalho. Percorrendo todo o processo de coleta de dados, já explicitados anteriormente, foram obtidos os seguintes resultados.

Quanto a UCM, após a pesquisa prévia que levou ao nº de significância, foi detectado um número insatisfatório de registros, isto leva a conclusão de que não estavam sendo realizados os registros de enfermagem nos prontuários dos clientes. Ainda que encontrado esse resultado, prosseguiu-se a investigação na possibilidade de que, talvez, ao considerar os registros realizados no período em que os clientes estavam internados na UTI, se conseguisse algum dado positivo. Ao investigar os 120 prontuários resultantes da aplicação da fórmula para o cálculo de populações finitas, conforme Gil (1999), o número de registros de enfermagem encontrado foi igual a zero. Diante desse resultado, concluiu-se que na UCM os registros de enfermagem não são realizados, ferindo, assim, a importância deste feito na enfermagem, considerando os propósitos do registro de enfermagem, abordando a auditoria, a pesquisa, a legalidade do documento, a visualização do cuidado de enfermagem e a sua colaboração para a história de saúde do cliente, e como elemento contributivo para o cuidado de enfermagem.

Em relação aos propósitos abordados nas auditorias, a não

realização dos registros de enfermagem neste aspecto impossibilita a avaliação da qualidade do cuidado, a integralidade e a exatidão da documentação nos prontuários dos clientes. Não sendo visualizados esses dados durante uma auditoria, a enfermagem poderá ser responsabilizada pela imperícia e chegando, até mesmo, a responder judicialmente, porque não consegue, em caso de averiguação, justificar as ações e atividades realizadas, por falta de registro, documento esse que legitima a sua realização. Como o registro é um documento legal, sua realização ampara o profissional nos casos de eventualidades judiciais, como consta na Legislação Profissional (COREN, 2002).

Em relação à pesquisa, acredita-se que haja prejuízos, bem como para prestar um cuidado planejado ao cliente, e para reforçar a definição da enfermagem como ciência. A enfermagem, não registrando suas atividades/ações, estas tornam-se despercebidas e até mesmo consideradas inexistentes. Contudo, o maior prejudicado será sempre o cliente, que terá sua recuperação retardada por não possuir uma forma de cuidado planejado através do processo de enfermagem em todos os seus passos (histórico, diagnóstico, plano de cuidados, prescrição, evolução e prognóstico) e adequadamente registrados.

No que se refere a UCC, foram encontrados 15 registros de enfermagem, que foram classificados como “Evoluções de Enfermagem”. Conforme Horta (1979), os registros referem-se ao estado de saúde do cliente para o qual está sendo prestado o cuidado de enfermagem e das alterações sequenciais que ocorrem com o indivíduo e à resposta ao cuidado prestado. Algumas das evoluções encontradas nos prontuários expressam:

“A paciente passou bem o dia, apesar de estar um pouco sonolenta em decorrência de não ter conseguido dormir bem a noite por ruídos no quarto. Também sente dor na região umbilical especialmente ao deambular, acesso venoso no membro superior direito, sem infiltrações edema ou dor com possibilidade de movimentação. Observar e controlar temperatura corporal.” (Colisa Chuma)* Acadêmico de Enfermagem.

“Internada desde 03/02, estando em seu primeiro dia de pós-operatório de histeriorrafia femoral esquerda, encontra-se em bom estado geral e deambulante, relatou sentir aumento de apetite, feito curativo de incisão cirúrgica, o qual encontra -se em bom processo de cicatrização, eliminação urinária e intestinal normais.”(Tetra Preto)* Acadêmico de Enfermagem.

* pseudônimo fictício para proteger o autor da evolução.

Como foram encontrados registros do tipo “Evolução de Enfermagem”, a análise e interpretação foi direcionada para a forma em que ela foi realizada, apoiado por um referencial teórico e o que havia sido definido por completude. Dos 15 registros encontrados na investigação, levando em consideração a sua estrutura e contemplando os dados subjetivos, objetivos, avaliação e planejamento, destaco os seguintes dados na tabela a seguir:

TABELA 1 – Elementos constituintes na estrutura das evoluções

ELEMENTOS	Nº ENCONTRADO
Dados Subjetivos	11
Dados Objetivos	12
Avaliação	9
Planejamento	6

FONTE: Dados da pesquisa, AVILA, C. M., 06/2003.

Dos 15 prontuários investigados, em 12 os autores do registro valorizam seus conhecimentos de observação e percepção. Esses dados provavelmente servirão de elementos para etapas que se seguem no processo do cuidado, se for implementado. Esses dados podem ter dois caminhos para a análise: um, avanço para a qualidade do atendimento, onde o enfermeiro(a) possui segurança nas suas argumentações, e o outro, em que o desconhecimento da condição de saúde observado, não permite uma análise completa na qualidade do cuidado dispensado ao cliente e a qualidade da evolução, porque nem sempre o que é observado recebe a devida atenção para encaminhar a sua implementação.

Das 15 evoluções, em 06 casos houve proposta de planejamento, evidenciando um descaso quanto à problemática. Apesar de sua importância para a contribuição e restabelecimento da qualidade de saúde do cliente enfatizada teoricamente, na prática fica relegada.

Quanto ao item avaliação, encontrou-se em 6 prontuários, portanto, destacam que as conclusões são referidas sobre as necessidades do paciente, o que leva a relacionar com o baixo percentual de planos.

Os dados subjetivos encontrados nos 12 prontuários não contemplam o total, ainda que significativos para a qualidade da evolução.

Também foram considerados, nesta análise, aspectos bastante importantes para redigir as evoluções de enfermagem como: o não uso de palavras redundantes, as rasuras e o uso concreto das argumentações de forma científica. Os autores das 15 evoluções

conseguiram redigi-las de forma clara, sem rasuras, usando termos e argumentações científicas.

TABELA 2 – Aspectos importantes para redigir as evoluções de enfermagem.

ASPECTOS OBSERVADOS	Nº ENCONTRADO
Termos concisos	15
Argumentação científica	15
Sem rasuras	15

FONTE: Dados da pesquisa, AVILA, C. M., 06/2003.

Essa observação destaca que todas as evoluções expressam corretamente a idéia sobre o cliente, e isso vai de encontro ao apoio teórico do trabalho em que a utilização dos termos concisos nas definições das palavras, a argumentação de forma científica para caracterizar acontecimentos ou procedimentos e invisibilidade das rasuras, o qual comprometeria a validade da evolução. É importante destacar que os autores preocuparam-se, nesses quesitos, mostrando um estruturamento intelectual na realização das evoluções de enfermagem.

Percorrendo, ainda, o processo de análise e interpretação, foi levantado, como necessidade para a firmação da evolução como registro em sua legalidade, a presença de assinatura do autor, data e horário de sua realização. Das 15 evoluções, quanto a esses quesitos, foram encontrados os dados, conforme apresentados a seguir:

TABELA 3 – Aspectos que promovem a firmação do registro.

ASPECTOS OBSERVADOS	Nº ENCONTRADO
Assinatura	14
Data	15
Horário	07

FONTE: Dados da pesquisa, AVILA, C. M., 06/2003.

Dos 15 registros, um não contém assinatura, dificultando, desta forma, a identificação do autor da evolução, prejudicando possíveis situações legais e atribuições de responsabilidade pessoal e legal de sua colaboração para o cuidado prestado ao cliente.

A colocação de data contribui para traçar o paralelo do período de internação do cliente e o cuidado prestado, possibilitando analisar a eficiência das ações realizadas para identificar possíveis contratemplos, conforme a tabela 3, as 15 evoluções estão devidamente datadas.

O estabelecimento de horário identifica o turno em que se realizou a evolução. A não identificação dos horários das intercorrências e

procedimentos sobre o cliente, pode comprometer o estado de saúde do mesmo.

Ao analisar os dados encontrados nos 282 prontuários pesquisados, somente 15 registros referentes a UCC foram encontrados. Esse número deveria ser de, no mínimo, 7.680 registros de enfermagem. Para se chegar a esse número de registros, considera-se que para cada cliente devem ser realizados, no mínimo, uma prescrição diária e três evoluções do cuidado de enfermagem, sendo uma em cada turno. Contudo, os registros de enfermagem encontrados, ainda que incompletos, representam apenas 0,19% do total teoricamente previsto, conforme descrito pela literatura, dentre ela, Horta (1979).

Toda essa problemática envolvendo os registros de enfermagem levam a concluir que os dados encontrados, além de incompletos, são numericamente insignificantes.

Quanto à completitude, não foi encontrado, entre os 282 prontuários analisados, um que atendesse esse item, pois os registros são esporádicos e incompletos, não sistematizados, descontínuos, e, portanto, com pouca significância, tanto legal como profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho, procurou-se levantar uma questão de extrema importância que é o registro de enfermagem, um ato que deveria ser evidenciado como peça fundamental na elaboração do cuidado de enfermagem.

Para a equipe de enfermagem, espera-se ter contribuído no sentido de produzir alguma sensibilização no que se refere à necessidade e importância do registro das ações/atividades e de todo o processo de enfermagem.

Espera-se compartilhar este trabalho com outras pessoas, e que estas utilizem este estudo com o intuito de embasar suas pesquisas e a sua maneira de atuar na enfermagem, e consigam conscientizar-se da importância do registro de enfermagem para a contribuição no estado de saúde do cliente. Talvez se consiga, no futuro, encontrar resultados de grande significância que auxiliem a elevar a enfermagem como ciência, capaz de elaborar adequadamente um processo eficiente de cuidado e registrar de forma adequada as ações de enfermagem no prontuário do cliente.

Ao realizar essa pesquisa, inúmeros questionamentos emergiram, entre os quais destaca-se:

- Por que se registra tão pouco as ações/atividades de enfermagem?

- Será que a equipe de enfermagem relega os registros a um segundo plano e não lhes atribui o valor que deveriam ter?
- Será que a enfermagem não dispõe de tempo para realizar os registros?
- Qual seria a importância que a equipe de enfermagem atribui ao registro de suas ações/atividades?
- Será que realizar os registros não representa status profissional?
- Afinal, que motivos levam a equipe de enfermagem a não realizar os registros de suas ações/atividades?
- O que a equipe de enfermagem pensa a respeito desse “não fazer” na enfermagem?
- Por que em nenhum prontuário examinado foi encontrado a sistematização do processo de enfermagem?

Essas inquietudes levantam, ainda, outras questões a respeito do assunto. E espera-se que outros trabalhos venham a ser realizados neste campo, para se descobrir porque se registra tão pouco as ações/atividades de enfermagem, e não se utiliza a sistematização do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSENTINO, S. F. “Registros de Enfermagem”: uma pratica educativa em busca de uma outra ação. Florianópolis SC: 2000

COREN/RS. Conselho Regional de Enfermagem:do Rio Grande do Sul: Autarquia federal-lei 5.905/73, Lei do Exercício Profissional. 2002.

DU GAS, B.W. Enfermagem prática, 3 ed. Rio de Janeiro RJ:Interamericana Ltda., 1978.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio da língua Portuguesa, 2 ed. Rio de Janeiro RJ: Nova Fronteira. 1986.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social, 5 ed. São Paulo SP: Atlas S.A. 1999.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem, 9 ed. São Paulo SP: Pedagógica e Universitária. 1979.

IYER, P.W. TAPTICH. B e BERNOCCHI-LOSEY, D. Processo e diagnóstico em Enfermagem, Porto Alegre RS: Artes Médicas. 1993.

KURGANT, P. Administração em enfermagem, São Paulo SP: EPU. 1991.

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: Dados baseados
no processo de enfermagem de **WANDA HORTA**

Nº DO FORMULÁRIO _____

Nº DO PRONTUÁRIO _____

CLÍNICA MÉDICA ()

CLÍNICA CIRÚRGICA ()

Período de internação: _____

1. EXISTE REGISTRS DE ENFERMAGEM SIM () NÃO ()

2. TIPOS.

2.1 – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SIM () NÃO ()

2.1.1) Dados objetivos. SIM () NÃO ()

Quais? _____

2.1.2) Dados subjetivos. SIM () NÃO ()

Quais? _____

2.2 – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SIM () NÃO ()

2.3 – PLANO ASSISTENCIAL SIM () NÃO ()

2.3.1) Análise do diagnóstico. SIM () NÃO ()

2.3.2) Grau de dependência. SIM () NÃO ()

2.4- PLANO DE CUIDADOS / PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM.

SIM () NÃO ()

2.4.1) Cuidados específicos. SIM () NÃO ()

2.4.2) Cuidados gerais. SIM () NÃO ()

2.4.3) Outros. SIM () NÃO ()

Quais? _____

2.4.4) Possui aprazamento. SIM () NÃO ()

2.4.5) Possui checagem. SIM () NÃO ()

2.5 – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM. SIM () NÃO ()

2.5.1) Diária. SIM () NÃO ()

2.5.2) Por turno. SIM () NÃO ()

2.5.3) Semanal. SIM () NÃO ()

2.6 – PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. SIM () NÃO ()

3. REGISTROS QUE NÃO ESCLARECEM E SÃO DESLOCADOS DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM.

SIM () NÃO () Quais? _____

3.1. Procedimentos. SIM () NÃO ()

Quais? _____

3.2. Cuidados. SIM () NÃO ()

Quais? _____

3.3. Esporádico. SIM () NÃO ()

Quais? _____

Recebido: 20/6/2004

Aceito: 30/7/2004