

REGISTROS DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Jaqueline Erig Omizzolo, Karolline Souza Ramos

INTRODUÇÃO

Uma das ferramentas essenciais para vida do ser humano é a comunicação. Através dela ocorre a transmissão de informações entre um emissor e um receptor além da troca de vivências entre seus semelhantes. A comunicação deve ser clara e objetiva para que se tenha um bom entendimento entre os indivíduos.

Nos serviços hospitalares deve-se ter uma boa comunicação entre as equipes multidisciplinares. Na enfermagem, o profissional é dependente desta ferramenta pois é vista como um corpo que permeia a prática do cuidado, levando a prestar ao paciente uma assistência integral e qualificada, contribuindo no ensino e na pesquisa^{1,2}. Apesar da importância da comunicação ser preconizada há muitos anos na enfermagem, a competência interpessoal ainda deixa a desejar².

A importância da comunicação também é evidenciada mundialmente, como aponta os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com metas voltadas a segurança do paciente nos serviços de saúde³.

Das diferentes formas existentes de comunicação, este estudo destaca a escrita, na forma de registros de enfermagem. O registro no prontuário do paciente é fundamental no processo de enfermagem, pois estabelece um mecanismo de comunicação entre os membros da equipe de saúde⁴. Os registros de enfermagem são elementos de suma importância quando se trata do desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem⁵.

O preenchimento do prontuário do paciente é obrigação e responsabilidade intransferível da equipe de saúde⁶. Na enfermagem esta responsabilidade é regulamentada pelo código de ética dos profissionais de enfermagem, que na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de número 564/2017, estabelece que é de responsabilidade da enfermagem, conforme o Art. 36, registrar

no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras⁷.

O prontuário do paciente, quando devidamente preenchido pelos profissionais, indica o que deve ser feito em termos de assistência, o que dá ideia mais próxima da importância e valor dessa peça como documento de extrema autenticidade para dirimir qualquer dúvida que porventura apareça quanto aos procedimentos realizados e as respostas do organismo do paciente. Quando corretamente preenchido em letra legível, devidamente assinado e carimbado, é, e tem sido, a principal peça de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência⁶.

Os registros de enfermagem permitem organizar os serviços de maneira mais clara e coerente, pois, quando são documentados de modo que retratem a realidade, tornam-se essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Registros bem descritos identificam a evolução clínica do paciente, bem como possíveis novos problemas, possibilitando avaliar respostas do paciente aos cuidados prestados, favorecendo também a comunicação entre a equipe de saúde envolvida.

Durante a trajetória acadêmica da pesquisadora, em diversos setores da área da saúde, pôde-se observar muitos registros de enfermagem. Nesses, em diferentes momentos, identificou-se a falta de informações referente a assistência prestada aos pacientes, bem como a ausência de uma sequência padrão nas descrições do quadro clínico e evolução dos pacientes. Esses registros incompletos dificultam a comunicação entre as equipes de enfermagem e multidisciplinar, e também podem interferir negativamente na qualidade da assistência prestada.

Neste sentido, compreende-se que a realização dos registros de enfermagem são elementos de fundamental relevância quando se trata do progresso da qualidade dos serviços prestados. Destaca-se a importância de os profissionais da enfermagem estarem conscientes das diferenças entre anotação de enfermagem e evolução de enfermagem.

Além disso, a instituição hospitalar cenário, deste estudo, está iniciando um processo de informatização dos registros de enfermagem para prontuário eletrônico. Entende-se que este momento de transição na instituição é oportuno para que se

possa reconhecer as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem, mediante a realização dos registros.

O objetivo geral desse estudo foi problematizar sobre a prática dos registros de enfermagem com a equipe de enfermagem de um hospital da Serra Catarinense, visando destacar a importância destes para a comunicação segura e para a qualidade da assistência prestada.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que se caracteriza por desenvolver um conhecimento que mobilize a melhoria das práticas da assistência no espaço da investigação por introdução de mudanças e ou inovações contando com imersão do pesquisador na prática assistencial no decorrer do processo investigativo⁸. Esta modalidade de pesquisa tem seu desenvolvimento proposto em quatro fases complementares, sendo a fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, e de interpretação dos dados.

A abordagem das decisões metodológicas se caracteriza na fase de instrumentação. Essa pesquisa foi realizada durante os meses de setembro e outubro do corrente ano, em um hospital filantrópico de grande porte da região serrana de Lages/SC. Os sujeitos foram cinco (5) profissionais da equipe de enfermagem de uma clínica médica, incluídos por serem lotados no referido setor e por trabalharem em uma escala de 12 por 36 horas. Do total de sujeitos, um (1) é enfermeiro e quatro (4) são técnicos de enfermagem.

As questões éticas foram respeitadas considerando o disposto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo apresentado, lido e fornecido aos sujeitos, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), bem como foi assegurado seu anonimato. Os sujeitos foram registrados por letras em ordem alfabética. A pesquisa foi submetida a análise do CEP da UNIPLAC e teve aprovação sob parecer número 2.871.870.

Em relação as estratégias de obtenção de dados, na PCA contempla-se na fase de perscrutação. Nessa pesquisa foram utilizados os instrumentos de observação

estruturada, em relação aos registros realizados nos prontuários dos pacientes e entrevista conversação, composta de cinco perguntas.

A fase de análise seguiu o proposto na PCA e a apreensão dos dados foi fundamentada nas obtidas durante o desenvolvimento das etapas desse estudo, com base nos registros em diário de campo e das respostas das entrevistas. Os dados foram sintetizados e teorizados respeitando as etapas do estudo.

RESULTADOS

Os resultados apresentados se fundamentam nos dados coletados por meio da observação dos registros realizados nos prontuários dos pacientes e por intermédio de uma entrevista conversação com os sujeitos. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas. Destaca-se que, o primeiro contato com os participantes da pesquisa foi a apresentação do TCLE, da temática e dos objetivos do estudo.

Seguindo as referidas etapas, o primeiro momento visou a análise dos registros de enfermagem já realizados pelos sujeitos, sendo utilizada a estratégia de observação de forma estruturada. Foram analisados os registros de dez prontuários de pacientes internados no setor cenário, escolhidos de modo aleatório. Utilizou-se como base científica para essa observação o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem, do COFEN⁵. Foram observados itens como registro de data e horários, procedência do paciente, acompanhante, condições de locomoção, condições gerais (Nível de consciência, higiene, estado nutricional, dispositivos em uso, queixas do paciente), Orientações efetuadas aos pacientes, dados do exame físico, cuidados realizados, intercorrências, rasuras, e existência de assinatura e número de registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Os resultados dessa etapa mostraram que em relação ao item data/horário, 100% dos prontuários tinham esse registro; nos itens referentes a procedência dos pacientes e acompanhantes 60% de ambos, apresentavam a informação; em relação as condições de locomoção dos pacientes, 50% apresentavam a informação; sobre as condições gerais (nível de consciência, higiene, estado nutricional, dispositivos em uso, queixas do paciente) 70% dos prontuários tinham esse registro, relativo as

orientações efetuadas ao paciente, 0%, ou seja, nenhum prontuário continha esse registro; frente aos dados do exame físico e sobre os cuidados realizados, em ambos os itens, 60% apresentavam o registro; referente a intercorrências não havia essa informação registrada em nenhum dos prontuários (0%); prontuários com rasuras foram 80% e, em relação a existência de assinatura e número do registro do COREN todos apresentavam (100%). Das anotações observadas, 100% foram feitas por técnicos de enfermagem, não constando, nessa amostra, evolução do profissional enfermeiro.

No segundo momento, buscou-se reconhecer com os sujeitos as potencialidades e fragilidades identificadas para a realização dos registros de enfermagem, sendo utilizada a entrevista conversação. A entrevista foi realizada de modo individual e foi composta de cinco perguntas abertas, todas direcionadas a prática dos registros de enfermagem.

A primeira pergunta referiu-se sobre o que os sujeitos entendem por registros de enfermagem, obteve-se as seguintes respostas:

“O registro de enfermagem é todo o tipo de anotação que o técnico irá realizar dos procedimentos que ele irá fazer, por exemplo, mudança de decúbito, porque tudo que você não anota é como se você não tivesse feito é um documento legal para sua proteção e proteção do paciente” (EA).

“Quando o paciente é admitido temos que por ele no nosso censo, agora registrar ele no computador, para nós o registro é ter os dados do paciente” (EB).

“O primeiro momento que o paciente entra no hospital a gente tem que ter o registro que na verdade é um documento que é dele em principio até a alta” (EC).

“Registros de enfermagem eu entendo que é para gente evolua tudo o que está vendo do paciente para que o próximo plantão consiga ver, para que a equipe multidisciplinar tenha acesso do que está acontecendo com o paciente” (ED).

“Registro de enfermagem realizado pela equipe com finalidade de fornecer as devidas informações sobre assistência prestada”. (EE).

A segunda questão buscou saber se os sujeitos sabem a diferença entre anotação de enfermagem e evolução de enfermagem, tendo-se obtido as respostas que seguem:

“Sim, anotação de enfermagem é competência do técnico de enfermagem e a evolução é competência do enfermeiro” (EA).

“Anotação a gente anota tudo que o paciente relata e evolução tu evolui o que tu acha do paciente o que tu vê do paciente” (EB).

“Evolução para mim a evolução é tipo assim, eu vou lá ver os sinais vitais, paciente acordado lúcido e orientado para minha evolução e anotação é uma sonda, um cateter, um abocath” (EC).

“Anotação é as nossas evoluções é o que nós evoluímos os técnicos e a evolução é o enfermeiro” (ED).

“Anotações de enfermagem são as informações as observações realizadas sobre estado de saúde do paciente. Evolução de enfermagem compete ao enfermeiro realizar com os principais problemas para que seja abordando posteriormente com a prescrição de enfermagem”. (EE)

Sabendo-se que é de fundamental importância a realização dos registros, na terceira pergunta foi questionado aos sujeitos sobre a importância da realização dos registros, tendo como respostas:

“É um documento legal que protege o técnico, o profissional e também para mostrar que foi realizado procedimentos com o paciente, também é um documento pro paciente” (EA).

“É importante para gente ter o paciente ciente do que o paciente tem e também para anota que ele está internado aqui no nosso setor” (EB).

“Na verdade, ele é um documento, o que foi registrado por mim, por minha colega, pelo enfermeiro, pelo médico fica tudo ali” (EC).

“Para que todo mundo tenha acesso o doutor para que cada um consiga especificar o que o paciente tem” (ED).

“ Se faz necessário para que se possa comunicar, registrar as intervenções dos cuidados” (EE).

A quarta pergunta teve a finalidade de apontar as dificuldades para a realização dos registros de enfermagem pelos sujeitos, tendo como respostas as seguintes afirmações:

“Ter tempo, porque a sobrecarga de pacientes te sobrecarrega te “come “ da memória se você não anotar os mínimos detalhes você acaba esquecendo de evoluir

e é de extrema importância os mínimos detalhes, porque depois fica que você não fez. (EA)

“Ter tempo e não ter prática em estar digitando no computador” (EB).

“Agora está sendo o sistema, eu estou com dificuldade não nas evoluções em si, claro eu sou mais lenta, então mais requer do dia a dia que a gente vai pegando” (EC).

“Maior dificuldade é tempo/número de pacientes, já que muitas vezes outras atividades interferem para que seja colocado em prática” (EE).

A quinta e última questão buscou elucidar qual a expectativa dos sujeitos para a transferência dos registros de enfermagem do prontuário físico para o prontuário eletrônico, sendo:

“Bem positiva, para mim foi bem positivo porque até qualquer tipo de dúvida a gente já está no computador pra termos, terminologia a gente consegue começar adequar mais para ficar uma anotação mais bonita aos olhos e vai ser bom, acredito que vai ser bom” (EA).

“Eu preferia o físico mais fácil mais rápido do que o eletrônico” (EB).

“Para mim está sendo uma experiência nova porque é que nem eu digo para o pessoal, 28 anos você manuseando caneta é uma coisa agora de hoje em diante começar no sistema eu tenho dificuldade, por exemplo farmácia pedido, devolução... mas nos outros assim já estou indo. Vejo que isso é positivo bem gratificante é para melhorar não vai ter tantos erros, se é para reduzir gastos, diminuir tempo ser mais ágil eu acho bem válido, só que eu estou aprendendo aos pouquinhos” (EC).

“Que tem um acesso melhor e assim o doutor consiga abrir em qualquer lugar a evolução dele e assim ele já vê o que o paciente tem, pra assim já poder incluir alguma medicação que falta, exemplo a gente evolui que o paciente teve náusea ele já vê no computador dele que teve e já manda uma prescrição com Plasil, dramín, essas coisas” (ED).

“Praticidade do computador veio muito a somar na comunicação escrita, principalmente na praticidade de informações, clareza e agilidade. No tempo do papel se perdia muito tempo ... rasuras, acúmulo de papel, falta de informação entre outros” (EE).

Para a concretização do terceiro momento foi realizada uma atividade educativa junto aos sujeitos, visando abordar a importância dos registros de enfermagem, seus aspectos ético-legais e a redação das informações registradas. Para o desenvolvimento dessa atividade havia sido previsto encontros coletivos para problematização do tema em estudo. Porém, dada a rotina do setor e o número reduzido de pessoal, optou-se pela abordagem individual dos sujeitos. Para isso, foi elaborado pela pesquisadora um folder contemplando informações conceituais sobre registros de enfermagem, sobre as diferenças entre evolução e anotação, sobre os principais dados para elaboração dos registros e sobre o registro das orientações efetuadas. Destaca-se que esses tópicos abordados no folder se originaram das questões levantadas na entrevista, anteriormente realizada com os sujeitos. Além disso, as informações apresentadas foram pautadas no Guia de recomendações do COFEN para realização dos registros de Enfermagem⁵.

O folder foi apresentado, discutido individualmente e entregue aos sujeitos, na intenção de, além de problematizar o tema de estudo, fornecer um material de pesquisa permanente, no caso de existência de dúvidas futuras. Além dos sujeitos do estudo, também receberam os folders a gerência de enfermagem da instituição e a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Após a apresentação dos folders observou-se que temas como a diferença entre evolução e anotação foram esclarecidos e que os sujeitos se mostraram conscientes da importância em realizar os registros de forma clara e objetiva. Destacando o retorno pela equipe, sobre temática discutida:

“Tendo lido e observado seu trabalho, gostei muito, pois explica e esclarece os relatos e os conteúdos de forma clara e objetiva, pela qual podemos relatar nossos registros de maneira especificada. Aprendi também as diferenças de evolução e anotação, a qual visa melhorar nossos trabalhos. (EA)”.

“Acredito que as informações apresentadas são de extrema importância, pelo fato de ser práticas cotidianas e obrigatórias em nosso local de trabalho e detalhes apresentados que os mesmos esquecemos com a correria da rotina. (EB)”.

No quarto e último momento foi realizada a avaliação da prática dos sujeitos em relação aos registros de enfermagem, após a atividade educativa. Para essa avaliação foi realizado um acompanhamento presencial da pesquisadora junto aos

sujeitos, quando da realização dos registros de enfermagem, na rotina do setor. Durante o acompanhamento foram esclarecidas dúvidas e dadas orientações na questão da escrita dos registros. A análise foi feita através de um comparativo entre os registros estudados no primeiro momento desse estudo com os registros elaborados após as orientações efetuadas no decorrer da pesquisa. No formulário de avaliação foram registradas as dúvidas mais frequentes, as facilidades e as dificuldades relatadas, o modo de registro das informações e se se havia rasuras nos registros.

Foram acompanhados quatro sujeitos e os resultados mostraram que as dúvidas mais frequentes na realização dos registros eram referentes ao acesso do prontuário eletrônico. Destacam-se a dificuldade em redigir as anotações com clareza e seguindo uma ordem cronológica das informações relatadas, dificuldades de digitação, erros gramaticais na escrita do texto e a organização da administração do tempo para a efetuação das anotações. Observou-se que essas dificuldades comprometem a qualidade dos registros de enfermagem, pois estes se apresentam de modo resumido nos prontuários observados, constando apenas os cuidados efetuados pela equipe dos técnicos de enfermagem. Os registros feitos pelos enfermeiros se restringem a procedimentos realizados e intercorrências.

Em relação as facilidades, os sujeitos apontam a conscientização da equipe sobre a importância do ato de registrar. Observou-se que, após as orientações, alguns prontuários já continham registrados as orientações efetuadas aos pacientes e acompanhantes.

DISCUSSÃO

Os dez prontuários analisados no primeiro momento da pesquisa apresentam indicativos de diferente relevância em seu preenchimento. As questões relacionadas a registro de data e horário, assim como, assinatura e número do COREN, estavam presentes em todos os prontuários. Pode-se salientar que, o processo de informatização recém institucionalizado favorece essa prática, pois faz esse registro de modo automático, sendo possível alterar o horário do registro compatível com horário das ações efetuadas aos pacientes. Entende-se que este é um fator positivo,

pois vai ao encontro do que está preconizado no Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente⁵, bem como na regulamentação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Neste, a Resolução do COFEN, de número 564/2017, estabelece que tem como dever os profissionais de enfermagem, apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no COREN, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional⁷.

Contudo, parte de alguns prontuários analisados, de 50 a 60%, não apresentam, na íntegra, informações tais como, procedência do paciente, acompanhante, condições de locomoção do paciente, nível de consciência, estado nutricional, dispositivos em uso e queixas do paciente. Tais informações são relevantes e pertinentes, fazem parte de um rol de quesitos a serem observados visando as condutas de segurança do paciente. Esta aliás, é a uma das preocupações atuais dos serviços de saúde, a fim de garantir a efetivação dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente, elaborados pela OMS, cujas metas mais discutidas e trabalhadas no serviço de saúde são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado; garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento médico; e reduzir o risco de lesões causadas por queda do paciente³.

Outro ponto importante para análise é o número considerável (80%) de rasuras, erros ortográficos, ausência de uma sequência cronológica das informações registradas assim como, a ausência do registro das orientações efetuadas aos paciente e acompanhantes, deixando o profissional a mercê de possíveis acusações contra o trabalho executado por si próprio. Ressalta-se o fato, de que o prontuário do paciente tendo seu preenchimento de modo técnico e organizado, poderá servir de base legal para afastar alegações de imperícia, imprudência ou negligência na prestação de serviços da equipe de enfermagem. Também, trata-se de um instrumento que serve para avaliar a assistência prestada ao paciente⁶.

Em relação aos resultados da entrevista, chama a atenção para a primeira questão, na qual buscava conhecer a percepção da equipe sobre os registros de enfermagem, cujas respostas obtidas assemelharam-se às da terceira questão, que

era referente a importância da realização dos registros de enfermagem. Isso mostrou que os sujeitos têm consciência da significância da realização dos registros, como um documento legal, apesar de demonstrarem não conhecer profundamente os aspectos legais referentes a essa prática. A compreensão perpassa pelo entendimento de que o registro é uma das ferramentas para facilitar a comunicação entre a equipe multidisciplinar de saúde e registro das informações da assistência prestada ao paciente. Ter conhecimento do que são os registros e a sua importância é fundamental para a equipe de saúde, pois são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação efetiva entre as equipes multidisciplinares, servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente, fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada, como também serve para acompanhar a evolução do paciente⁹.

Na questão que trazia como pergunta a diferença entre anotação e evolução de enfermagem, destaca-se que a maioria dos sujeitos soube diferenciá-las. Os registros de enfermagem podem ser concebidos de formas e responsabilidades diferentes, sendo importante o esclarecimento e a fundamentação quanto a diferença entre evolução de enfermagem e anotações de enfermagem. É importante ressaltar que, a evolução de enfermagem é de responsabilidade do enfermeiro, sendo o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional⁵. É em suma, uma avaliação global do plano de cuidados e, deve ser uma redação clara, sucinta e evitar a mera repetição das observações já anotadas na avaliação dos cuidados¹⁰. Já a anotação de Enfermagem, é de responsabilidade do técnico e/ ou auxiliar de enfermagem, destinado ao registro conforme sua atribuição, este deve fazer todas as observações pertinentes ao paciente, como os procedimentos e reações apresentadas pelo mesmo⁹.

Referente as dificuldades na realização dos registros, os principais pontos foram o fator tempo para escrita, relacionado à sobrecarga de trabalho. Sabe-se que, de modo geral, os profissionais da equipe de enfermagem trazem consigo uma elevada demanda de trabalho, versus um quantitativo reduzido de pessoal. Isso infelizmente, além de prejudicar a execução das atividades profissionais com excelência, pode acarretar problemas a si próprios. Nessa rotina, os profissionais de enfermagem podem sofrer com os níveis elevados de estresse, carga de trabalho,

ambiente de trabalho inadequado e insatisfação profissional, que podem comprometer a segurança dos pacientes¹¹. Além disso, há a questão de que os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente⁵. O fato de não se conseguir efetivar clara e completamente um registro de enfermagem, poderá também acarretar sanções legais.

Ainda referente as dificuldades, outro ponto foi levantado foi o atual processo institucional, de transição do prontuário físico para o eletrônico. Este vem sendo um desafio por parte da equipe, pois alguns profissionais não possuem habilidades em informática. Segundo relato dos entrevistados o tempo de um mês destinado à capacitação para o uso desse sistema, não foi suficiente para esclarecer as dúvidas da equipe.

Finalizando a entrevista, em relação a expectativa dos sujeitos para a transferência dos registros de enfermagem do prontuário físico para o prontuário eletrônico, pode destacar um misto de sentimentos que vão desde a mudança positiva, no aspecto de um novo aprendizado e a praticidade do processo de registro e o fácil acesso ao mesmo, até aqueles que se mantêm resistentes a mudança, afirmando que o registro por meio físico era melhor e até mais rápido que o eletrônico. Sabe-se que mudanças nos processos já estabelecidos por muito tempo, nem sempre são aceitas facilmente. Nesse caso, a adaptação a um novo sistema de registro requer uma educação permanente da equipe envolvida, pois, implicará nos resultados desejados. O uso de prontuários eletrônicos é destacado em estudos recentes. Sobre a equipe de enfermagem sabe-se que constitui o maior quantitativo de profissionais da saúde por categoria atuante nos hospitais e, desse modo, é a equipe com maior tempo de manuseio aos sistemas informatizados no âmbito hospitalar. Além disto, tem sido apontada em vários estudos como a equipe mais aderente ao uso do prontuário eletrônico do paciente¹². Ademais, sobre o prontuário em si, destaca-se que este veio não somente para substituir o prontuário em papel, mas também para elevar a qualidade da assistência à saúde por meio de suas aplicações e recursos tais como: acesso remoto e simultâneo da informação; legibilidade; segurança dos dados;

flexibilidade de layout; integração com outros sistemas de informação; assistência à pesquisa; resgate de dados para análise; e o melhor gerenciamento do cuidado, favorecendo a tomada de decisão da equipe interprofissional¹².

Sobre a avaliação da prática dos sujeitos após a capacitação, as dúvidas mais frequentes para a realização dos registros foram sobre o acesso do prontuário eletrônico. Nesta questão, reafirma-se a importância da educação permanente para a devida apropriação de conhecimento das equipes de trabalho, frente ao uso de recursos tecnológicos, como o prontuário eletrônico. No caso da enfermagem, esse tipo de recurso tecnológico permite que dedique um tempo maior na assistência direta ao paciente, otimizando o processo de trabalho. Deste modo, a equipe de enfermagem deve estar atenta para o desenvolvimento de competências e habilidades para a utilização de tecnologias computacionais¹².

Em relação as dificuldades pontuadas frente aos registros, chama a atenção a questão da redação em si, na qual persistem relatos de dificuldades em redigir com clareza as informações e de dar uma sequência cronológica aos processos assistenciais realizados. Também há que se considerar os erros gramaticais, os quais podem trazer significados contraditórios a determinadas informações. Sobre isso destaca-se, que os registros têm finalidade de partilhar informações, pois são um importante meio de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos na assistência do paciente⁵. O estudo de Borges et al, corrobora com essa questão quando aponta que para serem consideradas de qualidade, as anotações de enfermagem precisam abordar requisitos como organização, integridade, imparcialidade, coerência e legitimidade. Sendo necessários ainda registros precisos, adequados, atuais e, principalmente legíveis, sem rasuras e com carimbo e assinatura que permita identificar o profissional¹³.

Sobre as facilidades fica claro que todos compreendem a importância do ato de registrar. Para favorecer esse processo destaca-se a participação do enfermeiro como líder da equipe. É dele a responsabilidade de supervisionar periodicamente as anotações e de discutir com a equipe a necessidade de melhoria na redação. Além disso, a observância da necessidade de ações de educação permanente com esse mesmo propósito, podem emergir desse acompanhamento e diálogo em equipe, pois as capacitações proporcionam conhecimento e desenvolvem habilidades

profissionais, almejando assim o aumento da qualidade não só desses registros, mas do processo de enfermagem como um todo¹³.

CONCLUSÃO

A prática assistencial efetivada diariamente pelas equipes de enfermagem produz um extenso material para registro, relativo as informações originadas do cuidado ao paciente. Além das questões legais pertinentes aos registros de enfermagem há também a sua relevância frente a qualidade dos cuidados prestados.

Observou-se neste estudo que, mesmo tendo consciência destes aspectos, compreender e realizar os registros de enfermagem de forma adequada e coesa ainda se consiste em um desafio para a equipe de enfermagem. As questões mais respeitadas na redação são as relacionadas ao registro de data e horário e assinatura e número de registro no conselho da categoria. Já as mais relegadas, se referem a procedência dos pacientes e acompanhantes, as condições gerais dos pacientes e exame físico. O que não se encontrou registrado em nenhum prontuário, foram dados referentes as orientações efetuadas ao paciente.

Em relação a compreensão das diferenças conceituais entre anotação e evolução, há entendimento, bem como há a interpretação das responsabilidades. Anotações são decorrentes das atividades assistenciais de auxiliares e técnicos de enfermagem e, evolução é parte do processo de enfermagem, portanto, responsabilidade do enfermeiro.

As dificuldades apontadas para a realização dos registros, se concentram no tempo de escrita e sobrecarga de trabalho. Não obstante, há que se considerar o atual momento da instituição, referente a implantação do prontuário eletrônico. Fato este que se constitui como desafio para muitos, pois trata-se de um novo aprendizado para o uso das tecnologias de informação, mas com a compreensão de que se trata de um evento positivo.

Ter acompanhado esse processo de transição do prontuário físico para o prontuário eletrônico, colaborou para a compreensão da complexidade de uma mudança de paradigma dentro de uma instituição de saúde de grande porte. Além disso, evidenciou uma necessidade já percebida ao longo do desenvolvimento do

estudo, que é a educação permanente em serviço.

Entende-se que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que se conseguiu problematizar sobre a importância dos registros de enfermagem, tanto para a comunicação segura quanto para a qualidade da assistência prestada. Compreende-se a limitação desta pesquisa, dado sua característica de limitação de participantes e por ter sido desenvolvida em um único cenário. Não se pretende esgotar o tema, pelo contrário, pretende-se estimular novos estudos, visando sempre motivar os profissionais de enfermagem para serem agentes transformadores da prática, utilizando-se de ferramentas que favoreçam um cuidado de qualidade e focado na segurança do paciente, como os registros de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. Barueri, SP: Manole; 2005.
2. Rojahn M, et al. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. UNINGÁ, Chapecó, 2014 Ago; 19(2): 09-13.
3. Silva AT, et al. Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar. Cogitare Enferm, Passos, 2016; 21(esp): 01-08.
4. Miranda CP, et al. A importância do registro de enfermagem em busca da qualidade. Gestão em Foco, Unisep. São Paulo; 2016.
5. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Ago., 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>.
6. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Íatria; 2005.
7. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução n.º 564, de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, nov. 2017. Aprovado pela Resolução COFEN n.º 421, de 15 de fevereiro de 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/.

8. Trentini M, Paim L, Silva DM.V. Pesquisa convergente assistencial. 3a ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.
9. Bragas LZT. A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde: estudo em hospital na região noroeste do RS [Trabalho de conclusão de Curso de Especialização]. Porto Alegre RS: UFRGS, 2015.
Disponível em:
<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130291/000975097.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
10. Horta WA. Processo de enfermagem Wanda Horta. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
11. Grillo PK, Barbosa RL, Andolhe R, Oliveira E, Ducci AJ, Bregalda RS, et al . Carga de trabalho de enfermagem, estresse/Burnout, satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. *Texto Contexto - Enferm.* 2017; 26(3): e1720016.
12. Cardoso RB, Ferreira BJ, Martins WA, Paludeto SB. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. *J. Health Inform.* 2017 Jan.-Mar; 9(1):25-30.
13. Borges FFD, Azevedo CT, Amorim TV, et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* 2017; 7:e1147.