



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Gomes franco, Maria Teresa; Nishio akemi, Elizabeth; D'Inocento, Maria
Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica
médica

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 2, 2012, pp. 163-170

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023884002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica*

Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit

Evaluación de los registros de enfermeros en historias clínicas de pacientes internados en una unidad de clínica médica

Maria Teresa Gomes Franco¹, Elizabeth Nishio Akemi², Maria D'Inocento³

RESUMO

Objetivo: Analisar os registros de enfermagem (RE) realizados por enfermeiros em prontuários de pacientes da Clínica Médica (CM) de um hospital público. **Métodos:** A amostra do estudo foi composta de 240 (100%) prontuários de pacientes que tiveram alta ou óbito, de fevereiro a abril de 2008. Os critérios de classificação para o preenchimento, basearam-se nos estabelecidos pela instituição pesquisada. **Resultados:** Os registros foram preenchidos de forma completa na maioria dos itens: histórico de enfermagem (99,9%); evolução multidisciplinar (80,0%) e avaliação de risco (99,6%). Quanto à conformidade do preenchimento, destacaram-se: 88,4% de prescrições de enfermagem classificadas como conforme, diagnóstico e evolução de enfermagem 58,7% e 64,6% como não conformes, respectivamente. Quanto à identificação do enfermeiro: 98,3% completa no histórico de enfermagem, 87,9% na evolução e 75,4% no diagnóstico e prescrição de enfermagem. **Conclusão:** As não conformidades encontradas confrontam a importância dada pela instituição para realização dos registros, treinamentos e a vigilância da comissão de auditoria de enfermagem.

Descritores: Avaliação; Registros médicos; Registros de enfermagem; Processos de enfermagem; Pacientes internados

ABSTRACT

Objective: To analyze the nursing records (RE) completed by nurses in patients' records of an internal medicine (CM) unit of a public hospital. **Methods:** The study sample consisted of 240 (100%) records of patients who were discharged or died, between February and April, 2008. The classification criteria for completion were based on those established by the institution being researched. **Results:** The records were filled out completely for the majority of the items: nursing history (99.9%); multidisciplinary progress (80.0%) and risk assessment (99.6%). Regarding the consistency of the completion, the highlights were: 88.4% of nursing prescriptions classified as compliant; diagnosis and nursing progress 58.7% and 64.6% as non-conforming, respectively. As to the identification of nursing: 98.3% completed the nursing history, 87.9% were in progress, and 75.4% of the diagnosis and nursing prescription. **Conclusion:** The detected nonconformities confront the importance given by the institution for completion of the records, training and vigilance of the audit committee of nursing.

Keywords: Evaluation; Medical records; Nursing records; Nursing process; Inpatients

RESUMEN

Objetivo: Analizar los registros de enfermería (RE) realizados por enfermeros en historias clínicas de pacientes de la Clínica Médica (CM) de un hospital público. **Métodos:** La muestra del estudio estuvo compuesta de 240 (100%) historias clínicas de pacientes que tuvieron alta u óbito, de febrero a abril del 2008. Los criterios de clasificación para el llenado, se basaron en los establecidos por la institución de la investigación. **Resultados:** Los registros fueron llenados de forma completa en la mayoría de los ítems: historia de enfermería (99,9%); evolución multidisciplinaria (80,0%) y evolución de riesgo (99,6%). En cuanto a la conformidad del llenado, se destacaron: 88,4% de prescripciones de enfermería clasificadas como conforme, diagnóstico y evolución de enfermería 58,7% y 64,6% como no conformes, respectivamente. En cuanto a la identificación del enfermero: 98,3% fue completa en historia de enfermería, 87,9% en la evolución y 75,4% en el diagnóstico y prescripción de enfermería. **Conclusión:** Las inconformidades encontradas confrontan la importancia dada por la institución para la realización de los registros, entrenamientos y la vigilancia de la comisión de auditoría de enfermería.

Descriptores: Evaluación; Registros médicos; Registros de enfermería; Procesos de enfermería; Pacientes internos

* Trabalho realizado no Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo - Mogi das Cruzes (SP), Brasil.

¹ Mestre e Diretora de Enfermagem do Hospital Luzia de Pinho Melo - Mogi das Cruzes (SP), Brasil.

² Diretora de Enfermagem dos Hospitais Afiliados da SPDM - São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutora. Professora da Disciplina de Administração Aplicada a Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a forma que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e documentar a assistência ao paciente, caracterizando sua prática profissional e colaborando na definição de seu papel dentro a equipe multiprofissional da saúde⁽¹⁾.

Vale destacar que o processo de auditoria de enfermagem em prontuários de pacientes vem desempenhando um importante papel nas instituições hospitalares e propicia ao enfermeiro mais uma oportunidade no mercado de trabalho, sobretudo em relação à avaliação da qualidade dos serviços, documentos e processos⁽²⁻⁴⁾.

Tendo como fonte os registros de enfermagem, os indicadores também são usados como critérios de avaliação, a fim de estabelecer um conjunto de informações necessárias para monitoramento da qualidade da assistência de enfermagem^(2,5).

O registro de enfermagem (RE) é um dos meios de demonstrar o trabalho executado pela equipe de enfermagem e um indicador de qualidade da assistência relevante, o preenchimento incorreto e, sobretudo, a falta de periodicidade e a continuidade são fatores que impossibilitam, de forma irreversível, qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo sindicâncias e perícias que possam inclusive amparar juridicamente o profissional e a instituição⁽⁶⁾.

As anotações realizadas pelos diversos membros da equipe de enfermagem têm sido alvo de estudos e críticas, ainda hoje é possível observar que não correspondem às determinações da literatura⁽⁷⁻⁹⁾. Não obstante, a falta de infraestrutura adequada para atuação do enfermeiro em muitas instituições, associada à demanda crescente dos serviços de saúde, fazem com que o cumprimento dos quesitos inerentes aos padrões de qualidade do cuidado sejam preterido^(10,11).

Por outro lado, a literatura preconiza atenção para o uso de impressos em unidades hospitalares^(12,13). O enfermeiro, conforme os pesquisadores, não deve ser contido em relação à sua criatividade e ao exercício de raciocínio clínico, porém resultados de recentes estudos mostraram que os profissionais estão cada vez mais restritos à realização de diagnósticos e prescrições de enfermagem que não correspondem aos mesmos, isto é, fazem diagnósticos, mas não prescrevem uma ação relacionada; sendo o contrário também verdadeiro^(14,15).

Estudos vêm demonstrando que impressos elaborados de forma inteligente, não padronizados, que ofereceu espaço para o enfermeiro criar, e direcionados à realização de atividades imprescindíveis ao cuidado, vêm facilitando o emprego do raciocínio clínico por parte do profissional, a fim de otimizar a relação entre prescrição e diagnóstico^(6,10,14,16).

A literatura demonstra que a criação de impressos inteligentes não são suficientes para sanar as dificuldades encontradas em relação à realização dos registros de enfermagem^(16,17). O alcance efetivo da implantação e a realização da SAE são reconhecidas à medida que se desenvolvem estratégias educacionais permanentes, capazes de solucionar os problemas de uma prática obrigatória e burocrática⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, a Divisão de Enfermagem do hospital pesquisado, ao implantar a SAE, iniciou um processo de adequação dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes, considerando, particularmente, a frágil aceitação do enfermeiro quanto às responsabilidades da SAE, pois os profissionais identificavam suas responsabilidades como somente sendo em relação à gestão da unidade e não ao cuidado.

Em agosto de 2004, a Divisão de Enfermagem introduziu a SAE nas unidades de Clínica Médica e Pediatria. O Processo de Enfermagem implantado foi o proposto por Wanda Horta⁽⁹⁾, a classificação dos Diagnósticos de Enfermagem foi proveniente do *North American Nursing Diagnoses and Association* (NANDA)⁽¹²⁾ e a documentação obedeceu às orientações da Joint Comissão Internacional (JCI)⁽²⁾ e Organização Nacional de Acreditação (ONA)⁽⁴⁾.

Profissionais da Divisão de Enfermagem desenvolveram impressos padronizados, com direcionamento de ações de diagnósticos e prescrições de enfermagem. Para tanto, o enfermeiro obtém um roteiro resumido que facilita o registro, com campos em aberto para o preenchimento, favorecendo o exercício de seu raciocínio clínico, sua criatividade, e a melhor aderência e desempenho do profissional. Particularmente, os recém-formados beneficiam-se com o roteiro dos impressos, que possuem campos de preenchimento obrigatório que indicam a necessidade de relatar, por exemplo, os riscos do paciente.

No intuito de adotar medidas de melhoria e identificar situações problemáticas, foi implantada a Comissão de Auditoria de Enfermagem no hospital pesquisado. Os profissionais desta comissão observam as dificuldades dos enfermeiros quanto ao registro da SAE nos impressos da instituição. A Comissão de Prontuário do hospital, composta por médicos e auditoras de enfermagem, realiza auditorias mensais em 10% dos prontuários de saída (alta e óbito) aleatoriamente, avaliando os registros multiprofissionais e com base nessas avaliações são implantadas medidas de melhoria.

A avaliação de risco do paciente também foi incorporada às atividades do enfermeiro como medida de melhoria da assistência de enfermagem. O treinamento inicial foi realizado para os riscos de queda, de flebite, nutricionais e de úlcera por pressão, introduzindo ao enfermeiro o conceito de risco específico, de acordo com os critérios estabelecidos pelo hospital pesquisado. Inserido no histórico de enfermagem e parte integrante da avaliação do paciente, este cuidado tornou-se uma atividade exigida nas

prescrições de enfermagem, sendo necessária avaliação diária e validação por meio da evolução de enfermagem.

Diante do exposto, surgiu a necessidade de avaliar os registros do enfermeiro nos prontuários dos pacientes, analisando os resultados do trabalho empreendido ao longo de 4 anos, com vistas a subsidiar a tomada de decisão sobre mudanças e melhorias a serem implementadas.

OBJETIVO

Analisar os registros de enfermagem (RE) realizados por enfermeiros em prontuários de pacientes da clínica médica de um hospital público.

MÉTODOS

Após a aprovação da Comissão de Ensino do hospital pesquisado e do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, este estudo foi realizado no Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo (HCLPM), no município de Mogi das Cruzes em São Paulo; que é administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), desde 2004, classificado como geral, de grande porte, com atendimento 100% de usuários do Sistema Único de Saúde.

A escolha da unidade de internação Clínica Médica (CM), com 46 leitos, considerou os seguintes aspectos: número de pacientes internados; tempo médio de permanência dos pacientes; diversidade de diagnósticos e cuidados de enfermagem, número de enfermeiros baseado no Sistema de Classificação de Pacientes e realização da SAE a todos os pacientes internados.

Cabe ressaltar que a fim de obter o registro da assistência de enfermagem, a Divisão de Enfermagem desenvolveu impressos próprios e mediante identificação de falhas no preenchimento, a Comissão de Auditoria de Enfermagem também utiliza impressos criados especificamente para esse fim.

A população do estudo constituiu-se dos prontuários de pacientes internados na CM. A amostra, conforme orientação estatística, compôs-se de 240 prontuários, representando 100% dos prontuários de pacientes da CM, com saídas (altas e óbitos) referentes ao período de fevereiro a abril de 2008.

Para a coleta de dados, as enfermeiras da Comissão de Auditoria selecionaram 100% dos prontuários de saída (alta ou óbito) da CM, no período supracitado e registraram os dados em uma planilha, identificando o registro da assistência de enfermagem, conforme as fases da SAE.

A fim de analisar a presença e a conformidade dos registros do cuidado, a enfermeira auditora, utilizou parte do impresso destinado pela Comissão de Auditoria de Enfermagem para avaliar os registros de enfermagem, em prontuários de pacientes, incluindo a categorização e classificação da presença e a conformidade dos registros, de acordo com os critérios da Divisão de Enfermagem (Quadro 1).

Desde a implantação da SAE na Instituição, todos os enfermeiros são treinados para o preenchimento dos registros do cuidado, mediante o período de admissão e de forma periódica, considerando os critérios exigidos pela Divisão de Enfermagem. Para tanto, um roteiro é disponibilizado aos enfermeiros para nortear o preenchimento, especialmente, da evolução de enfermagem.

Destacamos que o critério para a não conformidade também foi considerado, mediante erro de registro em alguma etapa da SAE, em apenas um dos dias de internação. Não foi possível identificar a conformidade do registro do histórico de enfermagem, por ser a primeira etapa efetuada à chegada do paciente à unidade, baseada na entrevista e exame físico.

RESULTADOS

Conforme os dados da Tabela 1, podemos destacar o histórico e exame físico, bem como a avaliação de risco

Quadro 1. Critérios de classificação para análise do registro da assistência de enfermagem, realizados em prontuários de pacientes da Unidade de Clínica Médica do hospital pesquisado.

Tipo de avaliação	Classificação	Etapas da SAE
Análise da presença do registro da assistência de enfermagem, em prontuários de pacientes.	Completo Incompleto Ausente	Histórico de enfermagem (exame físico); diagnóstico e prescrição de enfermagem; evolução multidisciplinar*; avaliação risco; validação da avaliação de risco; triagem nutricional**; continuação do tratamento / orientação pós-alta; relação de exames recebidos / entregues; ficha de alta / óbito.
Análise da conformidade do registro da assistência de enfermagem, em prontuários de pacientes	Conforme Não conforme	Evolução de enfermagem; prescrição e diagnóstico de enfermagem.
Análise da identificação do profissional nos registros da assistência de enfermagem, em prontuários de pacientes.	Completo Incompleto	Assinatura com carimbo no histórico de enfermagem, prescrição e diagnóstico de enfermagem e, evolução de enfermagem.

* A evolução multidisciplinar foi avaliada considerando somente o registro realizado pelo enfermeiro.

** A triagem nutricional é realizada, inicialmente, por um enfermeiro.

Tabela 1. Classificação dos registros da assistência de enfermagem nos prontuários de pacientes da Unidade de Clínica Médica de um hospital público, fevereiro a abril de 2008.

Registros	Completo Nº – %	Incompleto Nº – %	Ausente Nº – %	TOTAL Nº – %
Histórico de enfermagem:	239 – 99,6	1 – 0,4	-	240 – 100
Exame físico	227 – 94,6	13 – 5,4	-	240 – 100
Diagnóstico e prescrição de enfermagem	130 – 54,2	110 – 45,8	-	240 – 100
Evolução multidisciplinar*	192 – 80,0	48 – 20,0	-	240 – 100
Avaliação risco	239 – 99,6	-	1 – 0,4	240 – 100
Validação da avaliação de risco	48 – 20,0	191 – 79,6	1 – 0,4	240 – 100
Triagem nutricional**	232 – 96,7	6 – 2,5	2 – 0,8	240 – 100
Continuação do tratamento / Orientação pós-alta	232 – 96,7	4 – 1,7	4 – 1,7	240 – 100
Relação de exames recebidos/entregues	230 – 95,8	6 – 2,5	4 – 1,7	240 – 100
Ficha de alta/óbito	239 – 99,6	-	1 – 0,4	240 – 100

* No item evolução multidisciplinar foi avaliado somente o registro do enfermeiro.

** A triagem nutricional é realizada, inicialmente, por um enfermeiro.

Tabela 2. Identificação da conformidade dos registros da SAE nos prontuários de pacientes internados na Unidade de Clínica Médica de um hospital público, fevereiro a abril de 2008.

Registros	Conforme Nº – %	Não conforme Nº – %	TOTAL Nº – %
Diagnóstico de enfermagem	99 – 41,3	141 – 58,7	240 – 100
Prescrição de enfermagem	212 – 88,4	28 – 11,6	240 – 100
Evolução de enfermagem	85 – 35,4	155 – 64,6	240 – 100

Tabela 3. Identificação do registro da assinatura com carimbo dos enfermeiros nos prontuários de pacientes internados na Unidade de Clínica Médica de um hospital público, fevereiro a abril de 2008.

Registros	Completo Nº – %	Incompleto Nº – %	TOTAL Nº – %
Histórico de enfermagem	236 – 98,3	4 – 1,7	240 – 100
Diagnóstico de enfermagem	181 – 75,4	59 – 24,6	240 – 100
Prescrição de enfermagem	181 – 75,4	59 – 24,6	240 – 100
Evolução de enfermagem	211 – 87,9	29 – 12,1	240 – 100

realizada na quase totalidade dos prontuários analisados com um resultado significativo.

Em relação à conformidade dos registros demonstrada nos dados da Tabela 2, podemos destacar a prescrição de enfermagem como sendo o resultado mais expressivo.

Em relação à identificação adequada do enfermeiro, temos um resultado significativo no histórico de enfermagem.

Podemos observar que tanto em relação à Tabela 1 como à Tabela 2 temos os resultados mais expressivos no histórico, que é o primeiro contato do enfermeiro com o paciente. Na Tabela 1, observamos que a avaliação de risco é outro item com resultado significativo, sendo o histórico realizado também no primeiro contato. A Tabela 2 reflete a qualidade do registro; e a conformidade da prescrição em relação ao diagnóstico foi o resultado mais expressivo que reflete as ações práticas do enfermeiro no dia a dia,

DISCUSSÃO

Nas instituições hospitalares universitárias, a implantação de auditorias e as avaliações dos serviços de saúde vêm prestando inestimável apoio, como forte veículo de melhoria da qualidade ao cuidado e fonte relevante de indicadores de avaliação, evidenciando erros e acertos⁽³⁾.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo corroboram os dados da literatura em promover a conscientização dos enfermeiros para realização de registros completos e contínuos^(8,9-10,16).

Em relação à presença dos registros da assistência de enfermagem (Tabela 1) destaca-se o histórico de enfermagem e o exame físico com 99,6% e 94,6%, respectivamente, como os registros realizados de forma completa. Consideramos um resultado importante quando comparado aos resultados da literatura.

Em um estudo realizado, a principal justificativa apontada por 72% dos enfermeiros para a não realização do histórico de enfermagem, foi também a falta de tempo. Outras causas também chamaram atenção, como falta de organização (20,7%), não envolvimento da enfermeira (13,8%), não reconhecimento de seu valor (6,9%) e falta de cobrança (6,9%)⁽¹⁸⁾.

Já os autores de uma investigação que obteve resultados insatisfatórios em relação ao histórico de enfermagem, mostraram que o tipo do impresso da instituição foi a principal causa desse resultado⁽¹⁶⁾.

Em relação ao diagnóstico e prescrição de enfermagem, consideradas as etapas da SAE que requerem tempo, conhecimento e raciocínio clínico, o presente estudo apresentou 54,2% dos registros preenchidos de forma completa para o diagnóstico de enfermagem. Cabe observar que este resultado não se destacou pelo fato de estarem presentes, e sim por estarem completos.

Nesse sentido, as autoras de um estudo que avaliou 424 prontuários de pacientes, demonstraram que 75,2% possuíam a prescrição de enfermagem, e apenas 3,5% estavam completas, 41% tinham diagnóstico de enfermagem e, destes, apenas 5,2% estavam completos⁽¹⁹⁾.

Em outro estudo, que analisou os registros da SAE em 150 prontuários, os resultados mostraram que 45% dos prontuários apresentaram prescrições de enfermagem realizadas de forma adequada, assim, concluiu que, com base nessa fase, um profissional proativo pode determinar o planejamento de forma individualizada, que resultará em intervenções precisas para a prestação da assistência de enfermagem diferenciada⁽²⁰⁾.

A literatura também vem demonstrando que os enfermeiros estão cientes da importância do diagnóstico de enfermagem^(16,21). Isto é evidenciado pelos resultados de um estudo sobre a análise de 115 prontuários, no qual 62% dos enfermeiros consideraram o diagnóstico de enfermagem uma fase importante da SAE pela possibilidade de evolução profissional (41,4%), aprofundamento do conhecimento (34,5%), desenvolvimento de raciocínio clínico (20,7%) e valorização profissional (20,7%)⁽¹⁸⁾.

Outro resultado do presente estudo que surpreendeu pelos 99,6% dos registros preenchidos de forma completa foi a avaliação de risco. Considerada uma atividade relativamente recente no hospital pesquisado (implantada no início de 2007) e que requer tempo e dedicação por parte do enfermeiro, a avaliação de risco do paciente, embora não esteja completamente consolidada proporcionou relevante contribuição para promover a segurança do paciente.

Supomos também que o resultado do item avaliação de risco foi alcançado pelo fato de estar presente no impresso do histórico de enfermagem. Assim, mediante a admissão do paciente na unidade, o enfermeiro, com mais tempo para registrar os dados, realiza a avaliação de risco do paciente incluindo a colocação de pulseiras

coloridas que representam os possíveis riscos, como por exemplo, para úlcera por pressão, queda, flebite.

Desse modo, foi possível constatar que a introdução do registro da avaliação de risco nos impressos da instituição estabeleceu um parâmetro pelo qual será possível adotar medidas de prevenção, controle e tratamento, além da criação de indicadores da assistência para esta atividade.

Já o item validação da avaliação de risco apresentou um resultado preocupante e contraditório, em virtude dos 79,6% registros classificados como incompletos, em comparação ao resultado do item avaliação de risco, cujos registros preenchidos de forma completa foram de 99,6%.

Foi possível observar que os enfermeiros da CM não estão reavaliando diariamente os riscos do paciente e, caso estejam, não o registram na evolução de enfermagem de forma diária e assídua. Nesse cenário, a Comissão de Auditoria e o Setor de Educação Permanente, por meio dos resultados do presente estudo, deverão estar mais atentos para esta responsabilidade.

Atualmente, a literatura é escassa em relação aos métodos eficazes de validação da avaliação de risco do paciente, não sendo possível a comparação com outros estudos.

Em relação aos demais itens da assistência de enfermagem, preenchidos de forma completa e considerados resultados importantes, mesmo sendo atividades que demandam tempo por parte do enfermeiro, destacam-se: evolução multidisciplinar; triagem nutricional; continuação do tratamento/orientação pós-alta; relação de exames recebidos/entregues, com 80%; 96,7%; 96,7%; 95,8%, respectivamente, preenchidos de forma completa.

Quanto aos resultados da análise da presença dos registros de enfermagem, em prontuários da CM, vale destacar que não foram encontrados prontuários sem histórico (exame físico), diagnósticos e prescrição de enfermagem e evolução multidisciplinar, efetuados por enfermeiros.

Em relação aos resultados decorrentes da identificação de conformidade do registro de enfermagem (Tabela 2), o presente estudo mostrou que a prescrição de enfermagem apresentou 88,4% de anotações em prontuários realizadas de forma adequada, pois estavam em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, de acordo com as exigências do hospital pesquisado.

Os resultados mostraram que os enfermeiros ainda necessitam melhorar a forma como estão descrevendo o diagnóstico de enfermagem, com 58,7% de não conformidade dos registros em relação à evolução de enfermagem. Esta ação também apresentou um resultado insatisfatório com 64,6% dos registros sem conformidade em relação ao diagnóstico e prescrição de enfermagem.

Destaca-se, contudo, que o critério para a não conformidade também é considerado quando alguma etapa da SAE não é feita de forma adequada em apenas um dos dias de internação.

Também foi possível observar que, na prática, o enfermeiro pode não estar reavaliando o paciente diariamente. Por outro lado, supõe-se que estes profissionais registrem o plano de cuidado levando em conta o diagnóstico médico. É possível que os enfermeiros também não tenham exercitado o raciocínio e o julgamento clínico frente aos problemas de enfermagem que possam gerar diagnósticos e evoluções próprias da interpretação clínica do enfermeiro.

A evolução de enfermagem pode não estar sendo entendida, como resultado do processo sistematizado da assistência, pois não descreve o resultado dos cuidados prestados em relação ao diagnóstico e prescrição de enfermagem. Presume-se também que a evolução de enfermagem está sendo confundida com a evolução médica ou com anotações de enfermagem, descritas sem análise clínica e sem reportar-se devidamente ao cuidado prescrito⁽²²⁾.

Notamos ainda que o enfermeiro registra os aspectos clínicos dos pacientes, descritos nas evoluções médicas em detrimento aos aspectos inerentes do cuidado realizado pelo próprio enfermeiro.

Neste contexto, um estudo que avaliou 130 prontuários de pacientes de um hospital público universitário, concluiu que as atividades relacionadas à prescrição médica foram registradas na forma completa na maior parte dos prontuários avaliados. Os registros dos procedimentos de enfermagem que exigem observação e independem da prescrição médica, alcançaram valores inferiores a 40%, demonstrando a valorização, por parte da equipe de enfermagem, das atividades dependentes das prescrições médicas⁽²¹⁾.

Outro estudo recente que avaliou 424 prontuários de pacientes, concluiu que os problemas encontrados nos registros do cuidado resultaram de evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou ainda, semelhante à evolução médica, incluindo prescrições. Apenas 8,7% dos registros foram classificados como bons, demonstrando também que só 45,8% dos registros possuíam evolução de enfermagem, mas, apenas 2,6% destes estavam completos⁽¹⁹⁾.

Conforme pesquisa realizada sobre a avaliação da SAE em 150 prontuários de pacientes, os resultados mostraram que apenas 40 continham a avaliação diária da resposta do paciente à conduta terapêutica, e em 51 prontuários esta documentação não foi encontrada⁽²⁰⁾.

Já em relação à identificação da não conformidade do diagnóstico de enfermagem em relação à evolução de enfermagem do presente estudo, supõe-se que o enfermeiro não reavalia o paciente diariamente.

Os achados do estudo sugerem, portanto, que tal atividade vem sendo realizada de forma repetitiva e automática, sem considerar a observação diária do paciente e sua evolução individual no decorrer da internação. E

o diagnóstico e o registro de entrada dos pacientes, por ocasião da internação, encontravam-se semelhantes aos da saída na alta hospitalar.

A realização correta da prescrição de enfermagem é de suma importância, porém é de igual relevância a execução correta do diagnóstico de enfermagem, uma vez que ambos estão intimamente relacionados, e o resultado da qualidade da assistência prestada depende, de forma efetiva, da qualidade da assistência prescrita.

Um estudo com 29 enfermeiros de duas instituições hospitalares de Porto Alegre sobre a diferença entre teoria e prática vivenciada quanto à realização dos diagnósticos de enfermagem mostrou que os enfermeiros não realizavam esta fase do processo, apenas faziam a evolução do paciente para registrar parte de suas ações. Foi observado, que o diagnóstico era desenvolvido, de acordo com os dados coletados na primeira fase do processo de enfermagem e que todas as ações eram planejadas, conforme esta etapa⁽¹⁵⁾.

Em outro estudo sobre a diferença entre teoria e prática dos registros de enfermagem, foi concluído que a formação profissional privilegia a técnica, sobrepondo os conteúdos dos fundamentos da enfermagem, negligenciando, em muitos casos, a teorização do cuidado pelo qual o profissional é capaz de exercitar a interpretação clínica do cuidado⁽²³⁾.

Neste sentido, a análise da qualidade dos registros de enfermagem também foi objetivo de uma pesquisa sobre a quantidade das publicações que ressaltam a baixa qualidade dos registros de enfermagem no Brasil. O estudo revelou que os enfermeiros estão entrando no mercado de trabalho sem uma formação calcada em bases sólidas de educação, formação técnica e incentivo à pesquisa, fatores que elevam a capacidade de observação e tomada de decisão, fundamentais à arte e ciência do cuidado⁽²³⁾.

Em relação à análise da identificação dos enfermeiros (Tabela 3) nos registros do hospital pesquisado, os resultados do presente estudo mostraram que o enfermeiro ainda incorre no erro de não se identificar com carimbo ou assinatura, mesmo ciente da obrigatoriedade desta tarefa, conforme as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽²⁴⁾.

Os dados deste estudo mostraram que a identificação classificada como completa, em 240 prontuários analisados, foi encontrada em 98,3% dos prontuários no histórico de enfermagem, em 87,8% na evolução de enfermagem e 75,4% dos prontuários no diagnóstico e prescrição de enfermagem, sugerindo que o enfermeiro está mais atento para esta responsabilidade, sobretudo ao se comparar com os resultados da literatura^(20,25).

Em um estudo que analisou 150 prontuários, os resultados mostraram que 65% das anotações estavam incompletas quanto à identificação dos profissionais de acordo com as exigências do COFEN. Neste estudo, concluiu-se que a

identificação no registro de enfermagem encontrava-se na maioria dos prontuários incorreta ou ausente⁽²⁰⁾.

Outra investigação que analisou três unidades de internação e 432 anotações de enfermagem mostrou que, aproximadamente, 140 não apresentavam assinatura e cerca de 120 não continham carimbo; também foram observados nomes ilegíveis, registros de apelidos e anotações sem constar o nome do profissional responsável pela ação registrada⁽²⁵⁾.

O COFEN, em sua Resolução nº 191/96, determina que a equipe de enfermagem deve identificar-se após cada registro utilizando nome, categoria e número do registro no COREN que devem estar presentes no carimbo do profissional, mas a literatura demonstra resultados opostos^(3,8-9,20,24).

Em um estudo sobre as estratégias para adequar os registros de enfermagem, as autoras propuseram uma análise durante a passagem de plantão, entre as equipes de enfermagem. Para as pesquisadoras, o momento poderia ser substancial para um gerenciamento eficaz do registro da assistência de enfermagem. Foram destacados os seguintes itens: a necessidade de integração das estratégias na passagem de plantão, o modelo assistencial utilizado, o tipo de escala de divisão de serviços e a qualidade das anotações do prontuário⁽²⁶⁾.

Considerando os resultados do presente estudo, foi possível avaliar que, na prática, os enfermeiros responderam satisfatoriamente, ao treinamento realizado pela Divisão de Enfermagem.

Por outro lado, os resultados também revelaram que o impresso utilizado pelos enfermeiros do hospital pesquisado pode ter contribuído para direcionar e orientar o cuidado, além de destacar e valorizar o registro das etapas de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Nesse contexto, um estudo realizado sobre a qualidade das anotações de enfermagem em 150 prontuários

de pacientes, os resultados mostraram que os registros do enfermeiro encontravam-se irregulares, pois 73% dos prontuários não apresentavam a SAE em todas as etapas e apenas 27% dos prontuários apresentavam algumas etapas que, entretanto, se encontravam incorretas ou ausentes, o que tornou o registro da assistência de enfermagem descontínuo. Os autores concluíram que um dos fatores identificados como causa desses resultados foi a falta de impresso adequado utilizado pela instituição⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Observamos que as etapas da SAE realizadas de forma irregular sugerem que o enfermeiro prioriza as ações do dia a dia em detrimento da SAE, pela qual, efetivamente é possível garantir e identificar o campo de atuação do enfermeiro. Assim, este profissional pode não estar interpretando o resultado do cuidado, como fruto da SAE.

Já as etapas realizadas de forma adequada, em relação às exigências da instituição, são tarefas direcionadas que podem estar sendo consideradas como prioritárias e relevantes.

Decorrentes da implantação e treinamento sobre a SAE há cerca de 5 anos, a Instituição pesquisada estabeleceu critérios para uso de impressos representando as exigências do hospital. Contudo, os achados deste estudo demonstraram que os enfermeiros ainda necessitam de orientação por parte do Setor de Educação Permanente e Comissão de Auditoria.

A importância da SAE na organização do serviço de enfermagem, o processo de implantação, a escolha de um referencial teórico, a elaboração de um impresso prático e inteligente, bem como a criação de uma metodologia adequada de capacitação e treinamento ainda são necessários e sua ocorrência deve ser contínua e repetitiva.

REFERÊNCIAS

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. p.99.
2. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook. Oakbrook Terrace (IL): JCAHO; 1997. p.1182.
3. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha IC. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006; 59(1): 84-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
5. Feldman LB, Cunha IC. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(4): 540-5.
6. Araújo MV, Simões C, Silva CL. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm. 1998; 31(4): 466-77.
7. Matsuda LM, da Silva DM, Évora YD, Coimbra JA. Anotações / registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2006[citado 2012 Jan 15]; 8(3):415-21. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080>
8. Ochoa-Vigo K, Pace AE, dos Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(2): 184-91.
9. Angerami ES, Mendes IA, Pedrazzani JC. Análise crítica das anotações de enfermagem. Rev Bras Enferm. 1976; 29(1):28-37.
10. Fernandes RA, Salum MJ, Teixeira MB, Lemmi RC, Miura M. Anotações de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1981;15(1):63-8.
11. Matsuda LM. Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.

12. NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações, 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2002.
13. Egry EY. Um olhar sobre as ciências da enfermagem: as vertentes analíticas das práticas assistenciais. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):265-70.
14. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):54-64.
15. Foschiera F, Viera CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2004 [citado 2009 Out 17]; 6(2):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
16. Reppetto MA, de Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(3):325-9.
17. Tanji S, Damher M, Oliveira SR, Silva CM. A importância do registro no prontuário do paciente. *Enferm Atual*. 2004; 24(4):16-20.
18. Farias FA. Sistematização da Assistência de Enfermagem: como os enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
19. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):313-7.
20. Draganov PB, Reichert MCF. Avaliação do padrão dos registros de enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo. *Rev Enferm UFPE*. 2007; 1(1):36-45.
21. Labbadia LL. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
22. Baptista MC, Coan TC, Telles SC, Santos NC. Evolução de enfermagem. In: Gianciarullo TI, Gualda DM, Melleiro MM, Nabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone; 2001. p. 165-83.
23. Carrijo AR. Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira Escola Nightingale no Brasil (1959 - 1970) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
24. Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: COREN; 2000. p. 207.
25. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2012 Jan 14]; 9(2): 344-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>
26. Siqueira IL, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(4):446-51.