

ANOTAÇÕES/REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL-ESCOLA

Laura Misue Matsuda^{*}
Ariana Rodrigues Silva Carvalho^{**}
Yolanda Dora Martinez Évora^{***}

RESUMO

As anotações de enfermagem consistem no principal meio que comprova a prestação de cuidados e a qualidade dos mesmos. O presente estudo investigou as anotações realizadas por enfermeiros e auxiliares de enfermagem de um hospital-escola. Cumpridas as exigências éticas, analisaram-se 71 anotações efetuadas nas primeiras 72 horas de internação do cliente na UTI e no setor para onde ele, posteriormente, foi transferido. O conteúdo das anotações foi agrupado em 15 itens. Os resultados mostraram que o número de anotações não corresponde ao estabelecido na instituição. Observou-se que as duas categorias efetuaram registros que, em sua maioria, contempla os mesmos itens e enfocam, sobremaneira, a dimensão biológica. Informações sobre o nível de consciência e resultados de exame/avaliação, importantes para o tipo de cliente, como os aqui estudados, apareceram poucas vezes. A dimensão psico-sócio-espiritual foi contemplada apenas uma vez. Conclui-se que as anotações/registros de enfermagem, apesar de serem amplamente discutidos, carecem de melhorias.

Palavras-chave: Enfermagem. Evolução. Registros de enfermagem.

INTRODUÇÃO

No processo de atenção à saúde, a documentação das atividades e dos seus resultados, por meio de registros escritos, constitui um dos instrumentos de comunicação efetivo para o (re)planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos clientes. Além disso, serve de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas.

Na enfermagem, os registros/anotações/evoluções são conceituados como a forma escrita de informações pertinentes ao cliente, aos cuidados e aos seus resultados. Assim, é possível afirmar que os registros de enfermagem constituem importante fator para a tomada de decisão e alcance da qualidade do cuidado.

Na enfermagem, a escassez de documentos indica má prática profissional⁽¹⁾. Sendo assim, é

preciso que se façam anotações completas e freqüentes, de maneira a atender às exigências técnicas e ético-legais estabelecidas pela profissão.

Em abordagem relacionada aos registros de enfermagem nos processos legais impetrados por clientes, quatro problemas facilmente evitáveis são destacados: não anotar o tempo e a seqüência corretos em que o evento aconteceu; deixar de registrar as ordens verbais ou não pôr a assinatura; registrar o cuidado antes de executá-lo e registrar dados incorretos⁽²⁾.

Quanto à avaliação da documentação do processo de enfermagem, atividade que tem como principais propósitos indicar cuidado sistematizado, promover efetiva comunicação com a equipe envolvida no cuidado e prover registros permanentes para buscas futuras^(3,4), a importância dos registros é inquestionável.

Para a qualidade dos registros de enfermagem, são propostos roteiros ou itens a

* Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UNIOESTE.

*** Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

ser contemplados que, seguramente, refletem os cuidados planejados/prestados^(5,6).

Para a redação eficaz dos registros, faz-se necessário que estes sejam objetivos, concisos, exatos, atuais, completos, legíveis, discretos, não contenham erros ou rasuras, nem espaços em branco e, ao final, contenham a assinatura legível de quem os redigiu^(7,8).

Em que pese as utilidades dos registros escritos, muitos profissionais da enfermagem realizam anotações por obrigatoriedade imposta, pela instituição ou para cumprir rotinas. Outros se referem a elas como mero aumento da “burocracia” e reclamam porque ninguém ou quase ninguém as lê. Fatos como estes, indicam que os registros de enfermagem não são vistos pela própria categoria como parte inerente do cuidado^(9,10).

Apesar de a absoluta maioria dos estudos relacionados à avaliação das anotações/registros de enfermagem apresentar resultados abaixo do que é estabelecido como medida de qualidade ou considerado necessário para cumprir os preceitos ético-legais, um estudo merece destaque por obter dados positivos após a implantação de ações educativas junto à equipe⁽⁵⁾.

O baixo nível socioeducacional de muitos profissionais que atuam na enfermagem, a complexidade da linguagem, o número reduzido de trabalhadores na equipe, a alta demanda por serviços, a pouca valorização da profissão e os escassos investimentos em processos de treinamento/educação permanente são fatores que dificultam a realização de registros completos e frequentes. Apesar disso, considerando-se que o registro escrito é a prova mais concreta e permanente da atuação profissional e da qualidade do cuidado, ela deve estar sempre na pauta do dia dos trabalhadores das instituições de saúde.

No cotidiano hospitalar, observa-se que as anotações de enfermagem se circunscrevem em torno de poucos itens/necessidades^(11,12). A estrutura, aqui entendida como a seqüência dos dados, objetividade, erros de grafia, uso somente de siglas padronizadas, abreviações, identificação completa do cliente e outros também têm-se mostrado deficiente⁽¹²⁾.

Em virtude da importância de se investigar

o tema, que há décadas é objeto de discussões, mas que ainda se mostra deficiente, propõe-se a realização deste estudo, que tem como objetivo analisar as anotações de enfermagem efetuadas por Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem de um hospital-escola do interior paranaense.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo é do tipo documental, realizado por meio da análise retrospectiva das Evoluções/Relatórios contidos no prontuário do cliente, efetuados por enfermeiros e auxiliares de enfermagem (AEs) da Unidade de Terapia Intensiva (UTI-adulto), da Clínica Médica e da Clínica Cirúrgica de um hospital-escola de médio porte, do interior paranaense.

A pesquisa documental consiste em ter como fonte de coleta de dados exclusivamente

[...] documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois^(13:57).

Os dados foram coletados durante o mês de fevereiro de 2004, após obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), de uma universidade pública, com o Registro de n. 020/2004.

A amostra constituiu-se de três prontuários sorteados, aleatoriamente, extraídos a partir da listagem de todos os clientes internados na UTI-adulto que receberam alta para a Clínica Médica ou Cirúrgica, no período de 1º de julho de 2002 a 30 de junho de 2003.

Para seleção da amostra, foram verificados os dias de internação do cliente no setor (mínimo de 72hs), pelo fato de que o turno de trabalho noturno para a enfermagem é de 12/60 horas (12 hs de trabalho e 60 hs de descanso) e o diurno é de 6 hs.

No hospital, para os clientes internados, a enfermagem executa a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), composta de três fases: Histórico de Enfermagem, Prescrição e Evolução. A Evolução constitui, portanto, numa das fases da SAE e é efetuada exclusivamente por enfermeiros, e o Relatório de Enfermagem é redigido pelos profissionais de

nível médio (Auxiliares/Técnicos de Enfermagem).

No período em estudo, na UTI, durante um turno, o cliente deveria ter ao menos uma Evolução e um Relatório de Enfermagem. Nos setores abertos - neste caso, a Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, o número de Evoluções estabelecido em 24 hs era de pelo menos uma. Ao AE, era exigido ao menos um Relatório por turno.

Foram analisadas 24 Evoluções e 47 Relatórios, num total de 71 registros, compilados integralmente da amostra de três prontuários cujos clientes ficaram internados na UTI-adulto e, posteriormente, foram transferidos para a Clínica Médica ou Cirúrgica.

Visando à organização das informações, elaborou-se uma planilha com as frequências de registros/evoluções efetuadas pelos enfermeiros e AEs de cada um dos setores. Para cada informação, assinalava-se apenas uma vez na célula correspondente na planilha. Deste modo, o foco estava centrado na existência de determinadas informações, num bloco de registros.

Estabeleceu-se, como um bloco de registros, a anotação realizada de maneira mais ou menos sistemática, que se iniciava logo após a rubrica e/ou assinatura efetuada ao final de um registro precedente. Na maioria das vezes, esses registros eram iniciados com o horário de trabalho dos respectivos funcionários e compreendiam o tempo total do turno de trabalho (Ex: 13 às 17 hs).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar o entendimento e a apresentação dos dados, os prontuários foram denominados A, B e C.

Quanto ao diagnóstico médico para a internação na UTI-adulto, o cliente do prontuário A foi vítima de queda de bicicleta e seu diagnóstico indicava traumatismo craniano, com períodos de confusão mental, agitação e sinais vitais estáveis; o cliente do prontuário B era portador de seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio, com nível de dependência total, e no momento estava com suspeita de AVC de tronco; e o cliente do prontuário C foi vítima de espancamento e

também se apresentava com traumatismo craniano e encontrava-se em estado de extrema gravidade.

As informações extraídas dos registros de enfermagem dos prontuários foram agrupadas em 15 itens: dados referentes ao estado geral e/ou exame físico; queixas do cliente e/ou observações da enfermagem; cuidados executados (com ou sem resposta do cliente); informações sobre a dieta (via, tipo, frequência, aceitação); procedimentos a realizar (cuidados de enfermagem, avaliação médica, exames); dados do Balanço Hidroeletrólítico/eliminações quantificadas (inclusive evacuações mencionadas como ausentes no período); medicação administrada; presença de acesso venoso/sonda/dreno/curativo/máscara de O₂ (sem o débito ou parâmetros quantificados); resultados de exame/avaliação; uso de aparelhos (ventilador mecânico, oxímetro, bomba de infusão etc.); monitorizações com os respectivos parâmetros; informações sobre o nível de consciência; dimensão psico-sócio-espiritual; informações complementares (número de dia de internação, diagnóstico médico e/ou admissão); registros desnecessários (termos vagos como *feito cuidado prescritos; sem alterações no período; sem queixas...*).

De acordo com a Tabela 1, só os AEs da Clínica Cirúrgica efetuaram o número de anotações estabelecido para o cliente do prontuário A. O menor número de anotações, em 72 hs, foi observado nas categorias enfermeiro da UTI, no prontuário B. Os AEs deste mesmo setor registraram menos para os clientes dos prontuários A e C. A Clínica Cirúrgica foi o único setor que atingiu o número mínimo de anotações para o cliente do prontuário A.

Apesar de na legislação pertinente ao exercício profissional não estar clara a obrigatoriedade do enfermeiro em efetuar anotações⁽¹⁴⁾, o fato de ser ele o responsável pela SAE faz com que os registros sejam parte inerente à sua função.

Segundo os registros constantes no prontuário do cliente C, este apresentava-se em estado de extrema gravidade, porém esse fato parece não ter influenciado a equipe no sentido de fazer anotações mais frequentes. Neste

aspecto, é importante ressaltar que, quando o estado de saúde do cliente muda continuamente, é preciso efetuar evoluções com mais frequência⁽⁷⁾.

Tabela 1. Frequência de anotações de enfermagem efetuadas por categoria profissional e setor no período de 72 hs. Maringá – PR. 2004.

Prontuário	Categoria Profissional e Frequência						Sub Total
	Enf. UTI	AE UTI	Enf. Clín. Cirúrgica	AE Clín. Cirúrgica	Enf. Clín. Médica	AE Clín. Médica	
A	5*	7	3*	9			24
B	4	8*			3	8	23
C	7	7	2	8			24
Total							71

* Indica que uma das anotações era acompanhada de um complemento seja para completar ou corrigir a anotação do período.

No âmbito da avaliação da qualidade do cuidado, sabe-se que os registros consistem em um dos indicadores mais importantes^(1,15), porém é preciso lembrar que só a frequência não demonstra a efetividade do cuidado. Neste estudo, observou-se que, apesar de ser maior a frequência de anotações efetuadas na Clínica Cirúrgica, para o cliente do prontuário A, as informações nelas contidas eram breves, incompletas e vagas/subjetivas.

Sugere-se que a anotação de dados subjetivos, que dependem da percepção e da interpretação de cada um, seja acompanhada dos dados reais observados (Ex: medidas quantificadas ou que possam ser transmitidas na forma escalar, como cores e texturas).

Na Tabela 2 observa-se que o item 1-referente a dados do estado geral e/ou exame físico do cliente - e o item 14 (informações complementares) estiveram presentes em todas as anotações efetuadas pelos enfermeiros da UTI. Sabe-se que os dados objetivos, como aqueles observados no exame físico, são mais fáceis de ser lembrados e registrados. Essa atividade, necessária à execução da SAE, tende a aparecer com maior frequência. Outro fator é que a enfermagem atribui grande ênfase aos aspectos biopatológicos, reflexo do modelo de ensino adotado por muitas escolas de enfermagem⁽²⁾.

Tabela 2. Itens e respectivas frequências observadas em 16 Evoluções, efetuadas por enfermeiros da UTI-Adulto de um hospital-escola. Maringá-PR. 2004.

Prontuários	A					B							C				Sub Total
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	
Itens																	
1. Estado geral e/ou exame físico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
2. Queixas e/ou observações	x		x		x								x			x	5
3. Cuidados executados	x			x	x	x		x			x	x	x	x	x		10
4. Informações sobre a dieta				x	x												2
5. Procedimentos a realizar							x										1
6. BH e/ou eliminações quantificadas	x		x			x		x	x	x	x	x	x	x			10
7. Medicação administrada			x					x		x			x				4
8. Acesso venoso/sonda/dreno...			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15
9. Resultado de exame/avaliação									x								1
10. Uso de aparelhos							x	x	x				x				4
11. Monitorizações com parâmetros	x		x		x	x	x		x		x		x	x		x	10

Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente,

podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros)^(14,2).

Tabela 3. Itens e respectivas frequências observadas em 22 Relatórios efetuados por auxiliares de enfermagem de uma UTI-Adulto de um hospital-escola. Maringá-PR. 2004.

Prontuários	A							B							C							Sub Total	
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		8
1. Estado geral e/ou exame físico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20
2. Queixas e/ou observações		x			x		x	x									x					x	6
3. Cuidados executados		x	x		x			x	x					x							x	x	8
4. Informações sobre a dieta				x																			1
5. Procedimentos a realizar																							-
6. BH e/ou eliminações quantificadas		x		x	x				x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	15
7. Medicação administrada					x																		1
8. Acesso venoso / sonda		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	21
9. Resultado de exame/avaliação																							-
10. Uso de aparelhos									x			x	x			x							4
11. Monitorizações com parâmetros		x							x							x							3
12. Nível de consciência																							-
13. Dimensão psico-sócio espiritual																							-
14. Informações complementares		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	17
15. Registros desnecessários		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x		x	x	18

Na seqüência, na Tabela 4, são apresentados os dados referentes às Evoluções de Enfermagem das Clínicas Médica e Cirúrgica. Dentre as oito Evoluções analisadas, somente em uma havia informações sobre a presença de acompanhante. Este dado foi inserido no item 13, referente à dimensão psico-sócio-espiritual.

Em face da permissão para que um acompanhante fique permanentemente junto àqueles que se encontram em estado crítico (exceto na UTI), a falta de registros referentes aos familiares faz pensar que estes não são considerados como parte do processo de recuperação do cliente. Esse fato é abordado na literatura que aponta que os registros acerca do “equilíbrio do estado afetivo” e “equilíbrio no ajustamento social” do cliente devem ser efetuados^(2,9).

Observa-se, também, na Tabela 4, que foram realizados apenas dois registros sobre o nível de consciência. Mais uma vez, esse fato causa estranheza, pois os dados desse item são freqüentemente avaliados. Além disso, o nível de consciência e alguns dos seus correlatos podem ser facilmente observados e registrados. Acredita-se que os enfermeiros tenham avaliado essa condição no cliente de maneira freqüente e segura, entretanto não a registraram.

A questão do não-registro é algo muito sério, não só na enfermagem como em qualquer área que envolva vidas humanas, visto que a falta de informações pode intervir negativamente na recuperação do cliente e, invariavelmente, dá a idéia de que este, no seu processo de cuidado, não foi contemplado de maneira global e individualizada. É sempre bom lembrar que, do ponto de vista ético-legal,

informação não registrada é informação perdida⁽⁹⁾ e que cuidado não-documentado é cuidado não-implementado⁽⁷⁾.

Os itens que enfocam o estado geral/exame físico e informações a respeito da dieta foram mencionados em sete das oito anotações. Isso

pode ser indício de que a presença de acompanhante junto ao cliente faz com que esse item seja mais observado pelos familiares e também mais registrado pelos profissionais.

Tabela 4. Itens e respectivas freqüências observadas em oito Evoluções de Enfermagem, efetuadas por enfermeiros da Clínica Cirúrgica e Clínica Médica de um hospital-escola, Maringá-PR. 2004.

Enfermeiros	Clínica Cirúrgica					Clínica Médica			Sub Total
	A			C		B			
Prontuários	1	2	3	1	2	1	2	3	
N.º das Anotações									
Itens									
1. Estado geral e/ou exame físico	x		x	x	x	x	x	x	7
2. Queixas e/ou observações	x	x	x		x	x		x	6
3. Cuidados executados				x					1
4. Informações sobre a dieta	x	x	x	x	x		x	x	7
5. Procedimentos a realizar	x	x						x	3
6. Dados do BH e/ou eliminações quantificadas				x			x		2
7. Medicação administrada									-
8. Acesso venoso/sonda/dreno/curativo.		x			x	x		x	4
9. Resultados de exame/avaliação									-
10. Uso de aparelhos									-
11. Monitorizações com parâmetros	x	x				x	x		4
12. Nível de consciência		x						x	2
13. Dimensão psico-sócio-espiritual		x							1
14. Informações complementares			x	x	x	x	x	x	6
15. Registros desnecessários	x	x		x	x	x	x		6

Tem aumentado a presença de familiares junto aos clientes. Em que se pese as inconveniências dessa prática, relacionadas ora à “acomodação” por parte de profissionais que passam para o acompanhante o papel de principal cuidador, ora aos que reclamam das freqüentes intervenções dos familiares, a permanência destes últimos deve ser estimulada. Nessa perspectiva, os familiares (ou pessoas próximas) devem ser considerados importante aliado da equipe, pois podem contribuir para a obtenção/recuperação da confiança do cliente no tratamento e, assim, ter suas possibilidades terapêuticas aumentadas⁽¹⁵⁾.

Nos registros dos enfermeiros, não foi constatada nenhuma informação referente a três itens: medicação administrada, resultados de exames/avaliação e uso de aparelhos.

Diferentemente dos enfermeiros da UTI, um enfermeiro da Clínica Cirúrgica registrou

dados referentes ao item 3; entretanto, informações relacionadas às respostas do cliente, também não foram detectadas.

O uso de aparelhos (item 10) não foi registrado por nenhuma das duas categorias dos setores abertos, como mostram as Tabelas 4 e 5. Em razão do nível de dependência/ gravidade dos clientes e à disponibilidade de recursos quase sempre suficientes, é provável que algum equipamento estivesse sendo utilizado. Isso, mais uma vez, aponta para a necessidade de maiores investimentos no ensino e na prática da atividade registrar na enfermagem.

Com relação à Tabela 5, apresentada a seguir, nota-se que, apesar de as informações se limitarem em sua grande maioria aos itens 1, 14, e 15, os AEs efetuaram vários registros

sobre os cuidados executados (item 3), mas, assim como os AEs da UTI, não registraram dados referentes ao nível de consciência e dimensão psico-sócio-espiritual. O uso de aparelhos também não foi registrado nenhuma vez. Falhas desse tipo são divulgadas na

Tabela 5. Itens e respectivas freqüências observadas em 26 Relatórios, efetuados por auxiliares de enfermagem da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica de um hospital-escola. Maringá-PR. 2004.

AE Prontuários N.º das Anotações Itens	Clínica Cirúrgica									Clínica Médica									Sub Total									
	A									C										B								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Estado geral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	22
2. Queixas e/ou observações	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
3. Cuidados executados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
4. Informações dieta	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
5. Procedimentos a realizar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	4
6. BH e eliminações quantificadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	2
7. Medicação administrada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3
8. Acesso venoso/sonda ..	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
9. Resultado de exame/avaliação	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1
10. Uso de aparelhos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
11. Monitorizações	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	4
12. Nível de consciência	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
13. Dimensão psico-sócio- espiritual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
14. Informações complementares	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	18
15. Registros desnecessários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	24

Os dados do Balanço Hidroeletrólítico (BH) foram registrados com mais freqüência pela equipe da UTI do que dos outros setores. Isso deve-se ao fato de que, nesse setor, por causa da gravidade dos clientes, estes quase sempre apresentam condições hemodinâmicas instáveis.

O item 3 também esteve presente num grande número de Relatórios (em 17 dos 26 analisados). Esse é um fato importante, porque fornece dados para a avaliação da qualidade do cuidado; mas, conforme já foi comentado, não precisaria constar nesse espaço.

De acordo com o exposto, os registros efetuados pelos profissionais que atuam nos setores investigados contemplam sobremaneira as dimensões física e biológica do cliente. Acresça-se a isso o fato de que os registros se limitam à descrição geral dos sinais e sintomas e não procuram fornecer informações que facilitem a tomada de decisões, o (re)planejamento e a

literatura, que, para supri-las, indicam roteiros ou elementos que direcionam os registros de enfermagem^(2,3,6,9).

avaliação contínua dos cuidados prescritos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem por objetivo investigar as anotações de enfermagem de um hospital-escola e obter dados que apontem para a necessidade de as lideranças promover ações para a melhoria dos registros/anotações efetuadas pela equipe de enfermagem.

Observou-se baixa freqüência das anotações, que, na maioria, limitam-se à repetição das informações e são predominantemente voltadas à descrição dos sinais físicos e biológicos do cliente. Registros considerados desnecessários ou complementares ou que constam em espaço próprio foram anotados por um grande número de profissionais.

Destaca-se o fato de que, de um total de 71 registros, em apenas quatro havia informações

referentes ao nível de consciência, dois citavam resultados de exames e/ou avaliação e apenas um possuía dados referentes à dimensão psico-sócio-espiritual.

Apesar de a maioria dos autores que abordam o tema deste estudo apontar a necessidade de se anotar informações referentes aos resultados dos cuidados prestados e orientações fornecidas ao cliente/familiar, em momento algum esses itens

foram registrados.

Considera-se que os registros de enfermagem, por ser um meio que efetivamente alavanca e comprova a qualidade do cuidado, merecem especial atenção por parte das lideranças e de toda a equipe, visto que constituem parte inerente ao processo Cuidar.

NOTE/RECORDS OF NURSING AT SCHOOL HOSPITAL

ABSTRACT

The nursing records consist in the main way to prove the nursing care and the quality of it. The purpose of this study is to investigate the registered nurses and the license practical nurses record in a school- hospital. After fulfilled the ethical requirement, it was analyzed 71 nursing records completed in the first seventy two hours of patient internment in the Intensive Care Unit (ICU) and in the unit where he/she was later transferred. The content of the nursing records was classified into 15 items. The results showed that the number of nursing records was not the ones established by the institution. It was observed that the records of those two professional categories contemplate greater part the same items focusing commonly the biological dimension. Information related to the level of conscience and exam /evaluation results, very important for the ICU patient, was mentioned a small number of times. The psycho-social-spiritual dimension was just recorded once. As conclusion, the nursing records although to be widely discussed, need to be improved.

Key words: Nursing. Evolution. Nursing records.

ANOTACIONES/REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL ESCUELA

RESUMEN

Las anotaciones de enfermería consisten en el principal medio que comprueba la prestación de cuidados y la calidad de los mismos. El presente estudio investigó las anotaciones realizadas por enfermeros y auxiliares de enfermería de un hospital escuela. Cumplidas las exigencias éticas, se analizaron 71 anotaciones efectuadas en las primeras setenta y dos horas de ingreso del paciente en la UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) y en el sector donde él posteriormente fue transferido. El contenido de las anotaciones fue agrupado en 15 ítemes. Los resultados mostraron que el número de anotaciones no corresponde a lo establecido en la institución. Se observó que las dos categorías efectuaron registros cuya mayoría contempla los mismos ítemes, y enfocan sobremanera la dimensión biológica. Informaciones sobre el nivel de conciencia y los resultados de examen/evaluación, importantes para el tipo de cliente como los aquí estudiados, aparecieron pocas veces. La dimensión psico-socio-espiritual fue contemplada solamente una vez. Se concluye que las anotaciones/registros de enfermería, a pesar de muy discutidos, necesitan ser mejorados.

Palabras Clave: Enfermería. Evolución. Registros de enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Martin F. Documentation. Nursing. 1994; 24(6):63-4.
2. Davis BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process. J Adv Nurs. 1994; (19):960-8.
3. Fernandes RAQ, Salum MJL, Teixeira MB, Lemmi RCA, Miura M. Anotações de enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP. 1981; 15(1):63-8.
4. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev Lat-Am Enfermagem. 2003;11(2):184-91.
5. Lourenço MR, Zborowski IP, Cury AMB, Trevizan MA, Fávero N. Análise de conteúdo dos registros da equipe de enfermagem. Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [anais eletrônicos]. 2002 [acesso em 2006 mar. 9]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>
6. Ito EE, Senes AM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2005.

7. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
8. Castilho V, Campedelli MC. Observação e registro: subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, organizadora. Processo de Enfermagem na prática. São Paulo: Ática; 1989.
9. Daniel LF. A enfermagem planejada. 3ª ed. São Paulo: EPU; 1981.
10. Pádua AR. Análise das anotações de enfermagem: uma contribuição à sistematização da assistência de enfermagem. Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [anais eletrônicos]. 2002 [acesso em 2006 mar. 9]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>
11. Grandi AL, Braz E. A educação continuada: avaliação de anotações de enfermagem na UTI do Hospital Universitário. Rev Nurs. 2006; 92(9):622-7.
12. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações de enfermagem: a investigação como meio de promover a qualidade do cuidado [CD-ROM]. Anais do 13.º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2005 maio14-17; São Luís (MA). São Luís (MA): ABEn-MA; 2005.
13. Markoni MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1990.
14. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JA. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico on-line], 2006. [acesso em 2007 maio 20]; 8(3): [415-421]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12
15. Kitson AL. Indicators of quality in nursing care: an alternative approach. J Adv Nurs. 1986;11:133-44.
16. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. Rev Nurs. 1999; 26-9.
17. Domingues CI, Santini L, Silva VEF. Orientações aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? Rev Esc Enfermagem USP. 1999; 33(1):39-48.

Endereço para correspondência: Laura Misue Matsuda. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Av. Colombo, 5790, DEN. 87020-900. Maringá – PR. E-mail: lmisue@terra.com.br.