



Artigo Original

AValiação DA QUALIDADE DAS ANOTAções DE ENFERMAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ESCOLA

EVALUATION OF THE QUALITY OF NURSING RECORDS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A TEACHING HOSPITAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL ESCUELA

Beatriz Araújo Seignemartin¹, Larissa Rodrigues de Jesus², Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergílio³, Eliete Maria Silva⁴

Anotação de enfermagem é todo registro sistematizado realizado pela equipe de enfermagem, tendo importância ética-legal, na comunicação da equipe de saúde, pesquisa e segurança do paciente. Objetivando avaliar a qualidade das anotações de enfermagem do Pronto Atendimento de um hospital escola especializado no atendimento à mulher, este estudo quantitativo, retrospectivo e transversal auditou as "Fichas de Atendimento de Enfermagem". A amostra de 168 prontuários teve os itens da ficha analisados de acordo com padrão estabelecido pela literatura e legislação do Conselho Profissional, no período de janeiro a junho de 2011. Identificou-se a importância do contato precoce com a paciente, anotações incompletas ou ausências de informações sobre a assistência prestada, além de não conformidades em relação ao esperado. Conclui-se que há necessidade de avaliações periódicas da qualidade das anotações e discussões sobre os resultados com a equipe de enfermagem sobre sua importância em relação à legislação, literatura e segurança das pacientes.

Descritores: Registros de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Nursing records are all systematized registers made by the nursing team, with legal and ethical implications on research, patient's safety and communication among health professionals. This quantitative and retrospective cross-sectional study was conducted in a school hospital dedicated to the woman's care, aiming at evaluating by auditing the quality of the nursing records. The 168 medical records were evaluated according to the standard established by the literature and the legislation of the Professional Council from January to June 2011. The importance of early contact with the patient, incomplete records or lack of information on the assistance rendered, besides nonconformities related to what is expected, were identified. The conclusion is that there is the need of periodic evaluations of the quality of the records and discussions on the results with the nursing team, on its importance regarding legislation, literature and the safety of patients.

Descriptors: Nursing Records; Nursing Assessment; Nursing Care.

Registro de enfermería es la anotación sistematizada realizada por el equipo de enfermería, con implicación ética y legal, en la comunicación del equipo de salud, investigación y seguridad del paciente. Objetivando evaluar la calidad de registros de enfermería en unidad de emergencia de hospital universitario especializado en la atención a la mujer, este estudio retrospectivo y transversal investigó las "Fichas de Atención de Enfermería". Muestra de 168 registros tuvo ítems analizados según estándar establecidos por la literatura y el Consejo Profesional, de enero a junio de 2011. Se identificó la importancia precoz de contacto con la paciente, registros incompletos o falta de informaciones acerca de la atención ofrecida, además de no conformidades con el esperado. Hay necesidad de evaluaciones periódicas de la cualidad de las anotaciones y discusiones acerca de los resultados con el personal de enfermería sobre su importancia cuanto a la legislación, literatura y seguridad de las pacientes.

Descritores: Registros de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Atención de Enfermería.

¹Graduanda em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: biaseigne@hotmail.com

²Enfermeira, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: lah.rj.larissa@gmail.com

³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: vergilio@fcm.unicamp.br

⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: emsilva@unicamp.br

Autor correspondente: Eliete Maria Silva

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária "Zeferino Vaz". CEP: 13083-887. Campinas, SP, Brasil. E-mail: emsilva@unicamp.br

INTRODUÇÃO

A anotação de enfermagem é o registro ordenado e sistematizado de toda informação, procedimentos, orientações e assistência que a equipe de enfermagem realizou durante o período em que o paciente esteve sob seus cuidados em instituições de saúde⁽¹⁾. Esses registros favorecem a comunicação entre a equipe de saúde promovendo a avaliação da qualidade do serviço realizado. Além disso, servem como instrumento ético/legal para esclarecer negligências por parte dos profissionais ou da própria instituição⁽¹⁻²⁾.

A normatização no Estado de São Paulo da Decisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP) - DIR/001/2000, de 18 de janeiro de 2000 homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela Decisão 019/2000, de 13 de março de 2000, estabelece que o registro de enfermagem: deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras; com identificação do autor que deve conter seu nome, função e número do registro profissional em carimbo; constar em impresso devidamente identificado com dados do paciente, e complementado com data e hora; conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional; permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em enfermagem; fazer parte do prontuário do paciente e servir de fonte de dados para processos administrativos, legal, de ensino e pesquisa. Os registros podem ser manuais, escritos à tinta, nunca eletrônico ou a lápis, de acordo com a legislação vigente⁽³⁾.

Além disto, pesquisadores afirmam que o registro de enfermagem deve refletir as condições bio-psico-sócio-espirituais do paciente, incluindo ocorrências que possibilitem o acompanhamento e evolução do caso, bem como encaminhamentos a outros profissionais favorecendo a elaboração de um plano de cuidados com vistas à integralidade da assistência⁽⁴⁾.

Quando imprecisas, as anotações denotam deficiência na qualidade da mesma, podendo ou não corresponder à realidade da prática profissional. Cuidados prestados quando não registrados dificultam informações importantes para a continuidade da assistência, bem como obter dados para pesquisas, auditorias e análises judiciais.

Um método de avaliar a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem por meio das anotações do prontuário é a auditoria. Avaliar o seu conteúdo torna-se imprescindível para uma visão fundamentada da realidade, para reflexão dos profissionais sobre a coerência das informações registradas no prontuário dos pacientes e a prática efetivamente prestada. Assim, analisar os registros de enfermagem quanto à legibilidade, clareza e completude permitirá avaliar as condutas adotadas e dar maior visibilidade ao trabalho de enfermagem.

Portanto, esta pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar a qualidade das anotações de enfermagem do Pronto Atendimento de um hospital escola especializado no atendimento à mulher.

MÉTODO

Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo desenvolvido no Pronto Atendimento (PA) de um hospital público universitário, com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de média e alta complexidade, do interior do Estado de São Paulo.

A escolha por realizar a pesquisa em hospital universitário foi pela sua vocação em desenvolvimento científico visando à qualificação das práticas do cuidado. O local deve-se ao reconhecimento que a equipe de enfermagem atribui ao ter uma documentação adequada para continuidade dos cuidados. Especializado no atendimento à mulher, este PA assiste gestantes, mulheres com complicações ginecológicas, onco-ginecológicas, puérperas e recém-nascidos de pós-parto imediatos em situações de urgência e emergência⁽⁵⁾.

O atendimento das pacientes inicia-se na recepção e, a partir daí, observa-se dois fluxos distintos para as pacientes com queixas obstétricas e gineco/oncológicas. As gestantes são acolhidas pela enfermeira na sala de triagem para classificação de risco. Em seguida, passam pelo atendimento médico segundo prioridade de urgência. As pacientes com queixas ginecológicas, ou as que realizam acompanhamento no serviço por problemas gineco/oncológicos são atendidas primeiramente pelo médico residente e posteriormente pela enfermagem, quando é necessário realizar algum procedimento.

Além da atenção imediata prevista nas urgências, este PA oferece um atendimento para casos em que haja necessidade de coletar exames e retornar para estabelecimento da conduta, de acordo com os seus resultados. Gestantes são encaminhadas da rede básica de saúde para a monitoração cardíaca fetal e realização de perfil glicêmico, além de situações de ordem social. A unidade conta com apoio local para tais situações com a "Casa de Repouso", onde as pacientes podem pernoitar ou aguardar durante o dia a conduta para seu caso. Com estas características de atendimento, em que há a possibilidade de retorno, é fundamental a valorização da anotação de enfermagem sobre os procedimentos, dados e cuidados prestados à paciente de forma cronológica para a continuidade da assistência sem a repetição ou negligência de condutas necessárias.

Optou-se por avaliar as anotações feitas na "Ficha de Atendimento de Enfermagem – PA" usando o método de auditoria retrospectiva por amostragem de prontuários⁽⁶⁾, embora haja registros nos livros de plantão e em um sistema computadorizado desenvolvido para registrar os atendimentos realizados no PA. Esta ficha desenvolvida pela equipe de enfermagem do PA, em 2010, é do tipo *check list* com objetivo de ser prática, ágil e facilitar o acesso às informações da paciente. Os itens auditados da "Ficha de Atendimento de Enfermagem- PA" foram: identificação da paciente,

queixas apresentadas segundo a especialidade. Para as pacientes obstétricas as queixas referidas dizem respeito ao pré-natal, perdas vaginais, contrações e movimento fetal, para as pacientes da especialidade gineco-oncologia as queixas investigadas são algia, sangramentos e outras informações relatadas pelas pacientes. Outros itens que contam na ficha de enfermagem são: diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, controle dos sinais vitais, perfil glicêmico, observações, exames laboratoriais, conduta, data, horário, assinatura do autor do registro e observações complementares (por exemplo: dados para a internação da paciente como alergia a medicamentos e alimentos; hábitos intestinais e urinários e vícios). Vale ressaltar que esta ficha é preenchida quando a paciente necessita de internação, realização de procedimentos assistenciais ou para diagnóstico.

A motivação inicial da equipe, para o desenvolvimento desta ficha, foi ter um documento próprio para registro das ações de enfermagem, uma vez que, no sistema informatizado da unidade não havia espaço para isto. Acreditava-se que, desta forma, facilitaria a continuidade da assistência de enfermagem pelo registro das ações e principalmente pela possibilidade de fazer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) focalizada nos principais diagnósticos de enfermagem, fundamentados nas necessidades das pacientes do PA, fato coerente com outra realidade hospitalar⁽⁷⁾.

A equipe de enfermagem do PA conta com sete enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem distribuídos nas 24 horas de funcionamento para assistirem em média 650 atendimentos mensais. Este número de atendimentos foi base do cálculo da amostra para a realização da auditoria das fichas de atendimento de enfermagem.

A amostra foi calculada a partir da fórmula geral: $n = (N.P.Q.Z^2)/[(N-1)e^2 + P.Q.Z^2]$ ⁽⁸⁾. Assumindo-se: n como o tamanho da amostra, N como o tamanho total

de prontuários, P a porcentagem em que o fenômeno ocorre, considerando-se igual a 0,5 quando a proporção não é conhecida, Q a porcentagem complementar, Z nível de confiança que na pesquisa foi adotado como 95%, igual a 1,96, e como o erro máximo aceitável, no caso, 5%. Assim, obteve-se o valor de n de 126 prontuários⁽⁸⁾.

Para garantir uma amostra segura acrescentou-se 25% de prontuários e, deste modo, foram analisados 168 selecionados por meio do processo de amostragem sistematizada entre os meses de janeiro a junho de 2011. A partir de um intervalo previamente definido pela fórmula $k=N/n$, sendo k o intervalo entre os prontuários, N o número total de prontuários e n o tamanho da amostra, o valor de k encontrado foi 30. De modo a evitar o viés de seleção, o primeiro prontuário, contido no primeiro intervalo da listagem, foi selecionado por sorteio. O critério utilizado para exclusão do prontuário foi a ausência da Ficha de Atendimento de Enfermagem-PA, sendo substituído pelo próximo prontuário imediatamente subsequente.

Foi desenvolvido um instrumento específico para a coleta de dados com variáveis que permitiram a análise das anotações em cada item da ficha avaliada comparando-os com padrões esperados de anotação, segundo a decisão COREN-SP DIR 001/2000 e literatura^(1,3).

Para que houvesse homogeneidade entre as auditorias, as quatro pesquisadoras foram capacitadas para a coleta de dados. Antes de iniciar a coleta de dados foram realizados pré-testes do instrumento de coleta em 10 prontuários possibilitando seu aprimoramento. Também foi criado um manual norteador para esta auditoria.

Os itens da "Ficha de Atendimento de Enfermagem-Pronto Atendimento" foram avaliados segundo critério estabelecido, de acordo com o seu nível de preenchimento, a seguir: [1] Completo, [2] Incompleto, [3] Não preenchido, [4] Incorreto e [5] Não

se aplica, sendo que os dados coletados em cada instrumento foram inseridos em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel. Para assegurar a confiabilidade dos dados, cada ficha auditada e as planilhas digitadas por uma pesquisadora foram revisadas por dupla checagem visando à correção de eventuais erros.

Ao estudar as associações entre as variáveis e o tipo de paciente foram utilizados os testes: Exato⁽⁹⁾ de Fisher e Qui-Quadrado⁽¹⁰⁾. Estes testes são utilizados para verificar a existência da associação entre duas variáveis categóricas. As análises foram feitas, primeiramente, utilizando o teste Qui-quadrado e os casos onde pelo menos 20% dos resultados encontrados possuíam valor menor do que cinco foi aplicado o teste Exato de Fisher.

Devido ao fluxo de atendimento ser diferente para as pacientes das especialidades, conforme descrito, as análises das fichas foram feitas separadamente, ou seja, fichas das pacientes obstétricas e das gineco-oncológicas.

Esta pesquisa foi aprovada em 26 de maio de 2011 pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) com protocolo nº 777/2011.

RESULTADOS

Dos 168 prontuários selecionados para compor a amostra, a maioria deles eram de pacientes obstétricas, ou seja, 127 (75,6%) e 41 (24,4%) eram de pacientes gineco-oncológicas, coerentemente com a demanda cotidiana dos atendimentos.

Os resultados foram organizados em três tabelas que serão apresentadas a seguir. A Tabela 1 apresenta os resultados do preenchimento da Ficha de Enfermagem-Pronto Atendimento referente aos itens de identificação, queixas e diagnóstico de enfermagem separados por especialidade.

Tabela 1 - Nível do preenchimento da identificação, queixas e diagnóstico de enfermagem da Ficha de Enfermagem-Pronto Atendimento, por especialidade, Campinas, SP, Brasil, 2011

Item da ficha de enfermagem - PA	Nível do preenchimento	Pacientes obstétricas		Pacientes gineco-oncológicas	
		n	%	n	%
Data, hora e identificação	Completo	84	66,8	21	51,2
	Incompleto	43	36,2	20	48,7
	Total	127	100,0	41	100,0
Queixa segundo especialidade	Completo	110	86,8	10	23,8
	Incompleto	---	---	02	5,6
	Não preenchido	17	13,2	29	70,5
	Total	127	100,0	41	100,0
Diagnóstico de enfermagem	Completo	31	24,4	06	5,8
	Incompleto	15	11,8	05	12,2
	Não preenchido	81	63,8	32	78,0
	Total	127	100,0	41	100,0

A Tabela 2 apresenta o nível de preenchimento dos itens relacionados a procedimentos assistenciais ou coleta de exames para diagnóstico, com as respectivas assinaturas dos profissionais que os realizaram. Ressaltamos que não necessariamente as 168 pacientes

foram submetidas a procedimentos que constam em itens da ficha avaliada, motivo pelo qual há uma variação do número da amostra, como exemplo os exames laboratoriais.

Tabela 2 - Nível do preenchimento de procedimentos e assinatura dos profissionais da Ficha de Enfermagem-Pronto Atendimento, por especialidade. Campinas, SP, Brasil, 2011

Item da ficha de enfermagem - PA	Nível do preenchimento	Pacientes obstétricas		Pacientes gineco-oncológicas	
		n	%	n	%
Sinais vitais	Completo	10	7,9	16	39,0
	Incompleto	7	5,5	3	7,3
	Não preenchido	110	86,6	22	53,7
	Total	127	100,0	41	100,0
Assinatura do profissional	Completo	9	7,1	8	19,5
	Incompleto	6	4,8	11	26,8
	Não preenchido	112	88,1	22	53,7
	Total	127	100,0	41	100,0
Exames laboratoriais	Completo	30	24,8	11	32,3
	Incompleto	2	1,6	0	0
	Não preenchido	89	73,6	23	67,7
	Total	121	100,0	34	100,0
Assinatura do campo exames laboratoriais	Completo	5	4,1	3	9,1
	Incompleto	1	0,8	2	6,0
	Não preenchido	113	93,4	29	84,9
	Incorreto	2	1,7	0	0
	Total	121	100,0	34	100,0
Observações (registros)	Completo	5	3,9	4	9,8
	Incompleto	118	93,0	35	85,3
	Não preenchido	3	3,4	2	4,9
	Incorreto	1	0,8	0	0
	Total	127	100,0	41	100,0
Assinaturas no campo observações	Completo	67	52,8	27	65,8
	Incompleto	11	8,7	5	12,2
	Não preenchido	47	37,0	9	21,9
	Incorreto	2	1,6	0	0
	Total	127	100,0	41	100,0
Conduta	Completo	96	75,6	28	68,3
	Incompleto	3	2,4	0	0,0
	Não preenchido	28	22,0	13	31,7
	Total	127	100,0	41	100,0

Na Tabela 3 são apresentados os resultados das anotações das Fichas de Enfermagem - PA avaliadas segundo padrões estabelecidos na resolução COREN-SP

DIR/001/2000⁽³⁾, quanto legibilidade, rasuras, escrita à tinta e uso de siglas.

Tabela 3 - Anotação da Ficha de Enfermagem-Pronto Atendimento. Campinas, SP, Brasil, 2011

Anotações	Letra legível		Rasuras		Escrita a tinta		Siglas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	28	16,7	138	82,2	--	--	5	3,0
Sim	140	83,3	30	17,8	168	100,0	163	97,0
Total	168	100,0	168	100,0	168	100,0	168	100,0

DISCUSSÃO

Os resultados da análise quantitativa das fichas de atendimento de enfermagem do PA mostram que as anotações realizadas referentes às pacientes obstétricas apresentaram-se mais completas, segundo o padrão da literatura e legislação, do que as anotações das pacientes das especialidades de ginecologia e oncologia. (Tabela 1). Este fato pode ser atribuído ao fluxo de trabalho do PA, onde as gestantes são primeiramente atendidas pela enfermeira do serviço e somente após, passam para a equipe de saúde que determinará condutas e procedimentos. O contato inicial enfermeira-paciente possibilita o questionamento sobre o motivo pelo qual veio em busca de auxílio, os fatos de sua história e observações relevantes para a compreensão de suas necessidades e, portanto, gera uma anotação de enfermagem reflexiva às condições bio-psicossociais que auxiliarão no planejamento de uma assistência objetiva e individualizada e não somente baseada em protocolos clínicos⁽⁴⁾. Registros adequados, deste momento, constituem comunicação à continuidade do trabalho assistencial nos diferentes plantões ou para outras unidades da instituição quando for o caso de internação.

A comunicação entre a equipe de saúde para a continuidade da assistência e a documentação em si mesma foram as principais finalidades das anotações apontadas em estudo da percepção de profissionais de enfermagem sobre seus registros e a forma como são realizados. Nesta pesquisa, também realizada em um

Hospital Universitário em Natal/RN, com a equipe de enfermagem, as autoras perceberam que os entrevistados não alcançaram a amplitude de finalidades que os registros apresentam, tais como a própria auditoria e a produção de novos conhecimentos⁽¹¹⁾.

Embora as fichas avaliadas apresentem melhor preenchimento das pacientes obstétricas, no item "queixas" é possível notar a ausência dos diagnósticos de enfermagem, quando comparada às especialidades gineco-oncológicas.

Este fato indica que o trabalho do enfermeiro está voltado para coleta de dados relacionados ao motivo (queixa) que levou a usuária ao atendimento e direcioná-la à consulta médica, estabelecendo prioridades de acordo com a urgência para definição de condutas. A falta de informações sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) sugere que o trabalho do enfermeiro é direcionado para a organização da clínica médica sem a preocupação com o registro das necessidades humanas das pacientes previstas na construção de diagnósticos e prescrições de enfermagem.

Nesta mesma perspectiva, pesquisadoras corroboram em relação ao conteúdo analisado de registros, que se apresentavam centrados, em sua maioria, nos dados sobre procedimentos, como curativos, sondas, manutenção de acessos e sinais vitais. Estas informações aparecem com maior frequência quando comparadas com dados relacionados

ao estado de consciência, respiração, dieta e estado psicológico/emocional dos pacientes, que deveriam ser registrados baseados no conceito ampliado de saúde, integralidade e cuidado⁽¹¹⁾.

A prática da enfermagem está fundamentada em referenciais teóricos próprios que vão além do modelo biomédico. Ao prestar assistência individualizada, o enfermeiro precisa realizar coleta de dados que possibilite uma avaliação da situação atual da paciente e, assim planejar um cuidado mais adequado e efetivo, de modo a subsidiar a definição dos diagnósticos e prescrições, que são incipientes na realidade pesquisada e na literatura⁽¹²⁻¹³⁾.

Outro estudo que avaliou os registros da SAE mostrou deficiências em algumas etapas e sua documentação⁽¹³⁾. Apesar de encontrarem anotados diagnósticos e prescrições de enfermagem há falhas no preenchimento do histórico de enfermagem e registro das evoluções das pacientes. As autoras questionam a possibilidade das enfermeiras constatarem as necessidades das pacientes atendidas, mas não registrarem, justificando o tempo gasto para esta atividade.

Sabe-se que a implementação da SAE não é algo fácil, principalmente em um Pronto Atendimento, no qual há alta rotatividade dos usuários. Porém, não se pode pensar em continuidade da assistência, possibilidade de produção do conhecimento e avaliação da prática profissional sem uma documentação adequada^(2,4,7,11).

A anotação incompleta ou inexistente dificulta o entendimento pela equipe de saúde dos motivos que levaram a paciente à internação, dificultando a continuidade e planejamento da assistência no seguimento de sua internação limitando ações integradoras e humanizadas. Além disso, quando esse registro é escasso e inadequado prejudica a assistência prestada ao paciente, assim como a instituição e a equipe de enfermagem. Pode também ocorrer

comprometimento da segurança e do cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro⁽¹⁴⁾.

Na Tabela 2 destaca-se que somente 26 fichas analisadas (10 pacientes da obstetrícia e 16 da gineco-oncologia) apresentaram anotações completas e 10 incompletas (07 da obstetrícia e 03 da gineco-oncologia) no item sobre sinais vitais, uma vez que as verificações da pressão arterial, pulso e temperatura fazem parte da rotina do PA para todas as pacientes atendidas, portanto deveria haver o registro. Este fato sugere que ações realizadas rotineiramente pela equipe não possuem registros e isto compromete a avaliação da evolução do quadro de saúde da paciente e a identificação adequada da assistência efetivada.

Outro fato relevante são os registros realizados com letras ilegíveis (16,7%) ou rasuras que favorecem erros assistenciais pela falta de compreensão do que está registrado, dificultando a comunicação, além de ter implicações ético-legais. (Tabela 3). A legislação pertinente às anotações de enfermagem ressalta a importância de se ter qualidade nas redações, pois, são documentos legais que podem acusar ou defender os profissionais e instituição quando em investigações por eventos adversos que envolvam atos de negligência, imprudência ou imperícia⁽¹⁾. Deste modo, o registro é um aspecto vital para mostrar que a assistência foi realizada e os protocolos cumpridos.

Entende-se que a comunicação entre os profissionais de saúde é fundamental para a organização e o (re)planejamento do processo do cuidado humano, pois registros adequados objetivam a continuidade da assistência prestada e permitem fomentar pesquisas e auditorias, a fim de contribuir para uma enfermagem mais científica.

Estudos apontam que a escrita manual e ilegível é fato que resulta em prejuízo ao paciente, desestimula a leitura e compreensão do prontuário por outros

profissionais. Buscar informações fidedignas observando a clareza, objetividade, concisão, legibilidade para transmitir uma mensagem correta é essencial para que dados se transformem em informações e fundamentem boas práticas e intervenções pertinentes^(11,15).

As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da equipe de enfermagem já que 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente são fornecidas por ela. Portanto, torna-se indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário do paciente⁽¹⁵⁾. Deste modo, se houver domínio da comunicação como instrumento facilitador da assistência, as necessidades dos pacientes serão mais observadas, compreendidas e atendidas pelos profissionais de saúde.

A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não somente a formação do enfermeiro, o processo de restauração da saúde do paciente ou, quando isto não é possível, a melhoria das condições de vida, orientações quanto ao autocuidado, simplificação e a segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também o resultado do cuidado produzido pela equipe de saúde da instituição, conhecido por meio da análise da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. Ou seja, a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. E, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais⁽¹⁴⁾.

Na situação presente em que a enfermagem mundial busca por reconhecimento do impacto do seu trabalho, em publicação para comemoração do dia internacional da enfermeira pelo organismo de representação mundial, destaca-se a relevância de conhecer quem são os profissionais de enfermagem que cuidam, qual cuidado é prestado, com que características e em quais circunstâncias. Os benefícios

resultantes dos cuidados da enfermagem, as abordagens e intervenções que são realizadas, a que custo e de que forma os resultados do cuidado beneficiam os pacientes, suas famílias e comunidades, seja em países de alta ou de baixa renda *per capita*, precisam ser conhecidos e divulgados de forma ampla para permitir avaliações de enfermagem que levam em conta todos os fatores que podem perpetuar problemas ou determinar a saúde de nossos pacientes⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

A avaliação das anotações da ficha de atendimento de enfermagem do PA, de acordo com os resultados auditados, mostra que a qualidade dos registros está comprometida, uma vez que foram identificadas ausências de informações sobre a assistência realizada, além de não conformidades em relação ao padrão estabelecido pela legislação do COREN-SP.

A ausência de registros das ações efetivamente realizadas pelo enfermeiro e equipe demonstram a falta de visibilidade do trabalho cotidiano, fato que, muitas vezes não reflete a realidade da atenção prestada às usuárias e seus acompanhantes.

Os dados analisados sugerem que a organização do trabalho realizado pela enfermagem do PA está voltada ao modelo biomédico sem considerar os aspectos da integralidade e à especificidade dos cuidados de enfermagem voltados às necessidades das pacientes.

Consideramos que o cenário deste PA é diferenciado de outras unidades hospitalares, pela característica da atenção especializada à mulher com retornos frequentes para a continuidade do tratamento ou para a sua internação. Sendo assim, a ausência ou o preenchimento incompleto dos prontuários das pacientes compromete seu atendimento e a sequência planejada para seu tratamento.

Ressaltamos também que, prontuários que contém dados de anamnese, resultados de exames para diagnósticos e procedimentos realizados, entre outras informações esclarecem alegações de negligência ou falta de assistência, principalmente nas unidades de urgência e emergência, em que as ações devem assegurar a preservação da vida, redução de danos e complicações no processo saúde-doença-cuidado.

Pode-se considerar que são necessárias avaliações periódicas das anotações de enfermagem e discussões sobre os resultados encontrados com toda a equipe de modo a ressaltar a sua importância, oferecendo-lhes capacitação e orientação para que a atividade de registrar a assistência prestada, fundamentada nas normas da legislação e literatura, seja um hábito em seu trabalho cotidiano. Somente o trabalho que é visível pode construir base sólida, de conhecimentos teóricos e práticos, para o desenvolvimento científico e uma boa formação profissional da enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Às alunas Renata Teodoro e Juliana Perpétuo de Souza pela participação e colaboração na fase de coleta de dados e à enfermeira Ariene Angelini dos Santos pela colaboração na formatação final do artigo.

COLABORAÇÕES

Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG e Silva EM contribuíram de maneira cooperativa e efetiva no desenvolvimento do projeto e da pesquisa, das análises dos dados e da redação do trabalho. Vergílio MSTG e Silva EM contribuíram na revisão final do texto.

REFERÊNCIAS

1. Ito EE, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS, Manenti AS, Rodrigues VA. Anotação de enfermagem: reflexo do cuidado. São Paulo: Martinari; 2011.

2. Ferreira TS, Braga ALS, Valente GSC, Souza DF, Alvez EMC. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichán*. 2009; 9(1):38-49.

3. Conselho Regional de Enfermagem. Decisão COREN-SP DIR 001/2000, de 13 de março de 2000. Normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem [Internet]. [citado 2011 abr 04]. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/node/30747>

4. Venturine DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(5):570-7.

5. Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM). Enfermagem. Serviço de Pacientes Externos [Internet]. [citado 2011 abril 10]. Disponível em: <http://www.caism.unicamp.br/index.php/component/content/article/14-sample-data-articles/149-enfermagempacientesexternos>

6. Duran ECM, Vergílio MSTG. Auditoria como método de avaliação. In: Carvalho SD, organizadora. *O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 221-7.

7. Miranda CA, Silveira EN, Araújo RA, Enders BC. Opinião de enfermeiros sobre instrumento de atendimento sistematizado a paciente em emergência. *Rev Rene*. 2012; 13(2):396-407.

8. Cochran W, Mosteller F, Tukey J. Principles of sampling. In: Fienberg SE, Hoaglin DC. *Selected papers os Frederick Mosteller*. New York: Springer; 2006. p. 275-94.

9. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. *J Am Stat Assoc*. 1983; 78(382):427-34.

10. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de bioestatística*. São Paulo: Thomson; 2004.

11. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de

enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene*. 2012; 13(1):64-73.

12. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1):188-93.

13. Reppetto MA, 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.

14. 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.

15. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: Instrumentos de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2006 [citado 2013 abr 11]; 8(3):415-21. Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

16. International Council of Nursing. Closing the gap: Millennium Development Goals 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. International Nursing Day. Genebra: International Council of Nursing; 2013 [Internet]. [citado 2013 abr 11]. Disponível em:

<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND%202013%20FINAL.pdf>