

A VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEUS REGISTROS*
THE VISION OF THE NURSING TEAM REGARDING THEIR RECORDS
LA VISIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ACERCA DE SUS REGISTROS

Lorena Mara Nóbrega de Azevêdo¹, Aline Galúcio de Oliveira², Fernanda Aparecida Soares Malveira³, Cecília Nogueira Valença⁴, Edilma de Oliveira Costa⁵, Raimunda Medeiros Germano⁶

Nosso objetivo foi conhecer a percepção de profissionais de enfermagem sobre seus registros e a forma como são realizados. Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN, com 15 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados ocorreu com entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo temática. Identificou-se que os profissionais percebem os seus registros como ferramenta indispensável ao serviço, cujas funções abarcam a comunicação, o respaldo legal e avaliação do trabalho desenvolvido. Em seu conteúdo há informações sobre procedimentos realizados e existe pouca descrição sobre os aspectos emocionais. Como também, verificou-se que as anotações de enfermagem são consolidadas em um só momento de documentação, havendo distorção entre este conceito e o de evolução de enfermagem. Os profissionais de enfermagem compreendem a importância, funções e conteúdo dos seus registros, contudo, ainda é necessário aprimoramento na sua produção.

Descritores: Registros de Enfermagem; Serviços de Saúde; Enfermagem.

The aim of this research was to know the perception of nurses about their records and how they are performed. It is a Descriptive exploratory research, with qualitative approach, performed at the University Hospital Onofre Lopes in Natal/RN, with 15 professional of the nursing team. The data collection occurred with semi-structured interviews submitted to thematic content analysis. It was identified that the professionals perceive their records as an indispensable tool in the service, whose functions embrace communication, legal backing and evaluation of their work. In its content there is information about procedures performed and there is little description of the emotional aspects. Then, it was found out that the nursing records are consolidated into just a moment of documentation, with distortion between this concept and the evolution of nursing. Nursing professionals understand the importance, functions and content of their records, however, it is still necessary some improvement in their production.

Descriptors: Nursing Records; Health Services; Nursing.

El objetivo fue conocer la percepción de enfermeros acerca de sus registros y cómo están hechos. Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, realizado en el Hospital Universitario Onofre Lopes en Natal/RN, Brasil, con 15 profesionales de equipo de enfermería. La recolección de datos ocurrió con entrevistas semiestruturadas sometidas a análisis de contenido temática. Los profesionales perciben sus registros como herramienta indispensable al servicio, cuyas funciones abarcan la comunicación, el apoyo legal y la evaluación del trabajo desarrollado. En su contenido hay información sobre los procedimientos realizados y pequeña descripción de los aspectos emocionales. También se comprobó que las anotaciones de enfermería se consolidan en sólo momento de la documentación, hay distorsión entre este concepto y la evolución de la enfermería. Los profesionales de enfermería comprenden la importancia, las funciones y el contenido de sus registros, todavía, necesitan mejorar su producción.

Descriptores: Registros de Enfermería; Servicios de Salud; Enfermería.

*Recorte de projeto de pesquisa de iniciação científica PIBIC/CNPq, desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

¹ Enfermeira. Discente do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq. Brasil. E-mail: lorenanobregazevedo@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Discente do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica. Brasil. E-mail: aline_galucio@yahoo.com.br.

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Bolsista PIBIC/CNPq. Brasil., fernanda_malveira@yahoo.com.br

⁴ Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Doutorado). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN, Campus Caicó. Brasil. Email: cecilia_valenca@yahoo.com.br

⁵ Mestre. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Brasil. E-mail: edilmacosta@ufrnet.br

⁶ Doutora. Docente dos cursos de graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, com a evolução tecnológica, acompanhada pelo crescente aumento da quantidade e velocidade das informações, necessidade de maximizar recursos, diminuir custos e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas na área, que somente se faz possível, com o registro de informações de sua prática⁽¹⁾. Assim, os registros de enfermagem representam uma ferramenta fundamental ao trabalho desta profissão devido as suas diversas finalidades.

Em pesquisa desenvolvida em 2006, avaliando-se a trajetória das publicações sobre registro de enfermagem, evidenciou-se que muitos estudiosos têm se interessado pelo tema. Em um estudo, utilizado pela referida pesquisa sobre as publicações acerca dos registros em uma base eletrônica de São Paulo, é relatado que o artigo mais antigo encontrado foi publicado em 1957 e que há uma progressão da quantidade de publicações nos anos posteriores. Acrescenta-se ainda, que ao longo do tempo esses registros assumiram características e funções importantes dentro das instituições, transformando-se em ferramentas facilitadoras do planejamento das ações de enfermagem⁽²⁾.

Embora a legislação aponte para a importância dos registros de enfermagem para a documentação e respaldo da profissão, as pesquisas demonstram que os profissionais mesmo cientes desta condição ainda não realizam os registros de enfermagem com qualidade, ou mesmo não os consideram como ferramenta de trabalho, impossibilitando a sua funcionalidade.

Isto é demonstrado em uma pesquisa realizada em instituições hospitalares na cidade de João Pessoa/PB, na qual concluiu-se que os enfermeiros pesquisados estão insatisfeitos com o atual sistema de

registro manuscrito, caracterizando-o como desmotivante, além de alegarem que estes registros não são lidos pelos outros profissionais. Desta forma, não serve de instrumento ao trabalho da enfermagem e é encarado apenas como parte da burocracia do serviço⁽³⁾.

Em outro estudo sobre os significados atribuídos pelos enfermeiros aos registros de enfermagem, durante a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças em uma unidade básica de saúde, identificou-se que os enfermeiros possuem grande conhecimento sobre a importância de registrar o cuidado prestado à criança⁽⁴⁾.

Contudo, este conhecimento não garante a segurança necessária para a utilização deste, na prática, pois embora considerem a importância de se registrar todos os dados, os registros continuam incompletos, inconsistentes, impróprios e inautênticos. Desta forma, é necessário investigar as causas da desmotivação dos profissionais, além de refletir esta temática durante a formação e na educação permanente⁽⁴⁾.

Durante o curso de graduação em enfermagem, discutimos a importância do enfermeiro e sua equipe realizarem os registros de forma fidedigna e com qualidade, pois se trata de um instrumento de comunicação e de respaldo para seu trabalho.

Entretanto, na condição de acadêmicos de enfermagem, em âmbito hospitalar, muitas vezes não observávamos na prática o que era preconizado na teoria. Percebíamos que muitos profissionais realizavam os registros como um dever essencialmente burocrático, sem considerar que estes seriam consultados, posteriormente, para busca de dados, incluindo o próprio processo de trabalho da enfermagem.

Assim, o presente estudo se pauta nos seguintes questionamentos: como os profissionais de enfermagem percebem seus registros e o ato de registrar? Qual a

característica desses registros? E de que forma são realizados?

Torna-se, portanto, uma busca precípua entender quais as funções dos registros de enfermagem para os profissionais e como estes devem ser realizados. A partir disto, acreditamos ser possível exercer a reflexão no sentido de melhorá-los.

Os objetivos desta investigação foram conhecer a percepção de profissionais de enfermagem sobre seus registros e o ato de registrar, caracterizar os registros da equipe de enfermagem e identificar a forma como são realizados.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal/RN, nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica, durante o mês de abril de 2010.

Os participantes da pesquisa foram 15 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), selecionados por integrarem a equipe de enfermagem das enfermarias de clínica médica e cirúrgica do HUOL. O número de entrevistados foi definido a partir do critério de saturação de conteúdo das respostas durante o período de coleta de informações.

As informações foram coletadas sob forma de entrevistas individuais semi-estruturadas, considerando tratar-se de um instrumento que permite a busca e registro de informes presentes e pertinentes, na falas dos pesquisados⁽⁵⁾.

A entrevista foi composta por questões abertas e fechadas, que conduziram a informações relacionadas aos aspectos específicos sobre o objeto de estudo, como: citação de funções e relevância que são atribuídas aos registros de enfermagem; de que forma os profissionais entrevistados os realizavam, com a descrição de quais elementos deveriam estar presentes em seu conteúdo; e como a função de documentar a assistência prestada estava distribuída entre a equipe.

Como referencial teórico/metodológico de análise, utilizamos a análise de conteúdo temática⁽⁵⁾, ancorado em um aporte teórico sobre o tema da investigação, contido em artigos, manuais, dissertações, teses e legislação específica da área. Para tanto, chegamos aos seguintes eixos temáticos: Percepções sobre os registros e o ato de registrar e caracterização dos registros de enfermagem.

A concretização desta pesquisa e sua coleta de informações se efetivaram após anuência da instituição sediadora, com a devida autorização do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme o Parecer nº 22/2010. Durante a coleta de informações, os participantes após receberem explicações sobre a pesquisa, confirmavam sua participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato dos depoentes, foram atribuídos nomes de letras do alfabeto grego: Sigma e Épsilon, aos enfermeiros, e Alfa, Beta, Gama, Delta, Zeta, Eta, Teta, Iota, Capa, Lambda, Ômicron, Tau, Ipsilon, aos técnicos de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepções sobre os registros e o ato de registrar

Quando questionados sobre qual a importância e funções dos registros de enfermagem, os participantes responderam que este era um instrumento muito importante para o trabalho desta profissão e que, em síntese, seria uma maneira de documentar a assistência prestada.

E afirmam ainda ser uma forma de manter a comunicação entre os profissionais com todas as informações sobre o paciente, e um modo de se analisar a dinâmica de trabalho da equipe, conforme podemos perceber nas falas a seguir: *A Enfermagem é quem está 24 horas com os pacientes. Logo, os registros servem para que os próximos profissionais do plantão saibam o que aconteceu com o paciente naquele horário. E, como nós da enfermagem somos muito de escrita, de escrever, então, o que vale é o que está escrito (Ipsílon). (O registro) É a forma de assegurarmos todo procedimento que fizemos, ou deixamos de fazer e o motivo de não terem sido feitos. É o comprovante legal que você prestou a assistência devida ao paciente. É um documento que nos dá o respaldo legal em casos de ações judiciais, além de garantir uma continuidade da assistência ao paciente... Por exemplo, quando a gente relata que o paciente não fez Raio-X no horário devido e coloca o motivo, então, você já está se resguardando e deixando a equipe ciente do porquê do exame não ter sido realizado (Delta). (O registro) É de extrema importância. É uma forma de comunicação com os outros colegas e, sem dúvida, com o paciente. Porque tem todos os registros dele, tudo o que aconteceu com ele... Tudo que foi feito com o paciente durante o tempo que ele teve aqui. Para o paciente, pode, também, estar servindo de forma legal, no caso de precisar de provar algo judicialmente. (Alfa).*

Deste modo, percebemos uma concordância entre as respostas no sentido de que os registros de enfermagem se apresentam como documento da assistência prestada e meio de comunicação entre a equipe, pois traz todas as informações sobre o paciente. Diante dessas falas e sua análise, foi possível identificarmos as funções que mais foram citadas, em ordem decrescente: documentar a assistência, registrar

informações do paciente para uma comunicação, avaliar a dinâmica do trabalho e conferir respaldo legal ao profissional e ao paciente.

Entretanto, a literatura apresenta que as funções e importância dos registros de enfermagem estão além da comunicação entre os profissionais e da documentação da assistência realizada. Também é sua função contribuir para pesquisas, auditorias, processos jurídicos e planejamentos⁽⁶⁾. Desta forma, resumem-se suas finalidades em quatro: evolução do cuidado e tratamento do paciente; fonte de investigação; educação de enfermeiros e outros profissionais; e documentação legal⁽⁷⁾.

Assim sendo, no âmbito da investigação, os registros proporcionam a descrição da evolução do paciente e de seu tratamento, fornecendo material para pesquisas de determinadas doenças e suas manifestações, além de subsidiarem a "busca ativa" nas investigações epidemiológicas. Além de servirem também como fonte de dados em auditorias, sejam voltadas ao aspecto financeiro ou à qualidade da assistência, e ainda, na educação de profissionais da saúde, pois, permitem a elaboração de estudos de caso, uma vez que possuem todas as informações pertinentes ao paciente.

Deste modo, percebemos que os profissionais de enfermagem entrevistados não alcançam a amplitude de funções que os registros apresentam. Entretanto, expuseram de forma correta suas principais finalidades: comunicação entre a equipe de saúde e documentação.

E nesta discussão sobre o significado do registro para a assistência de enfermagem, entre outras falas, destacamos esta: *O registro é importantíssimo para acompanhar a evolução do paciente, avaliar intercorrências e avaliar também a dinâmica do próprio trabalho da enfermagem (Sigma).*

Este participante ressaltou a importância do registro no acompanhamento e evolução do paciente e no trabalho da equipe de enfermagem. Assim, o que é

registrado, além de informar a evolução do paciente, também auxilia a equipe no processo de gerenciamento e avaliação do atendimento. E neste âmbito, fica claro que é fundamental a fidedignidade, pois um procedimento não documentado é como se não existisse ou não tivesse acontecido⁽⁸⁾.

Na perspectiva do processo de enfermagem, revela-se também outro aspecto importante: o registro do procedimento de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que esta organiza e permite a continuidade da assistência. Assim, os registros são indispensáveis a SAE, pois a sequência do processo e sua avaliação só serão possíveis com a documentação de suas etapas, que devem estar claras e interligadas.

Em estudo realizado com enfermeiros de João Pessoa-PB, identificou-se que a ausência de uma padronização dos registros é um dos fatores para o não desencadeamento do processo de enfermagem, pois considera-se que a despadronização dificulta a compreensão de tais registros⁽³⁾.

A dificuldade de realizar a SAE devido à má qualidade dos registros, implica em uma ineficaz avaliação sobre o paciente e o trabalho realizado⁽⁹⁾. Deste modo, ao considerar que os registros de enfermagem são instrumentos de consulta em situações que envolvem aspectos éticos, legais, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado, é indispensável que sua realização seja feita seguindo um padrão de qualidade, registrando-se a assistência tal qual ocorreu, permitindo uma visão global do paciente^(2,6).

Portanto, em busca da forma como os registros são realizados e do conteúdo que lhes é empregado, questionamos aos participantes deste estudo quais informações eram anotadas nos seus registros e em qual momento da assistência eles eram realizados. É importante esclarecer, antecipadamente, que esta

pesquisa visa caracterizar os registros de enfermagem de acordo com a percepção de quem os realiza; assim, questionamos o que a equipe de enfermagem registra, ao contrário de estudos⁽⁶⁻¹⁰⁾ que analisam os registros a partir da análise direta do prontuário.

Caracterização dos registros de enfermagem

Ao questionarmos sobre quais as informações que cabem nos registros de enfermagem, obtivemos os seguintes depoimentos: *Eu coloco na evolução: sinais vitais (SSVV), anamnese, história da doença, exame físico, algumas atividades, alguns procedimentos, intercorrências e outras informações pertinentes. Como o caso que aconteceu essa semana, onde o paciente brigou com a família, e considerei prudente anotar tal fato...* (Sigma). *Coloco as queixas do paciente, as medicações que foram feitas, se foram renovados curativos, trocada roupa de cama, trocada bolsa de colostomia, se tem sonda, se mantém acesso, se foi feita higienização, por aspersão ou no leito, a aferição de sinais vitais. Por exemplo, se fosse fazer um registro agora, colocaria em ordem que ele está consciente, orientado, se ele respira em ar ambiente, a dieta, também se foram aferidos os sinais, se foi tomado banho, se foram trocadas roupas de cama e pessoal, e curativos se foram renovados. Também, as eliminações, se ausente ou presente, de forma espontânea no caso da diurese* (Alfa).

Desta forma, de acordo com os respondentes, compreendemos que a equipe de enfermagem é consciente dos dados referentes ao registro no prontuário, cabendo todas as informações sobre o paciente, de ordem biológica, psicológica ou social.

Porém, identificamos também que algumas informações são mais citadas do que outras. As informações referentes a procedimentos (curativos, sondas, acessos) e sinais vitais aparecem com maior frequência em relação às demais, relacionadas ao estado de consciência, respiração, dieta e estado psicológico/emocional dos pacientes.

Do mesmo modo, é necessário destacarmos a sequência, em ordem decrescente, em que os dados aparecem no conteúdo dos registros, de acordo com a entrevista: procedimentos (curativos, sondas, acessos,

banho), sinais vitais, consciência, eliminações, dieta, respiração e, por último, o estado psicológico/emocional que, por vezes, nem é citado.

Como os registros de enfermagem refletem a assistência prestada, de acordo com os dados citados, identificamos que o serviço ainda está voltado à realização de procedimentos sobre o corpo doente, sem a devida valorização do estado psicológico e meio social da pessoa, a quem se presta o cuidado.

É importante ressaltarmos que estes fatores, de acordo com o Sistema Único de Saúde, são aspectos integrantes do conceito de saúde e, para tanto, devem ser considerados nas intervenções do processo saúde/doença dos indivíduos, sendo necessário documentá-los. Assim sendo, os registros devem conter o máximo de informações sobre o estado de saúde dos pacientes, sejam referentes aos procedimentos realizados, ou suas necessidades e queixas.

Da mesma forma, ressaltamos que não se deve registrar somente manifestações clínicas ou sinais e sintomas; é importante, igualmente, relatar os procedimentos realizados sobre estes e os respectivos resultados, gerando sempre um sentido de continuidade da assistência⁽¹⁰⁾. (É anotado) *Estado geral, consciência, respiração, atividade, se aceitou a dieta, SSVV, se derem alterados, faz medicação e anota. Coloca o resultado da medicação, se ele melhorou; higiene e eliminações fisiológicas* (Gama).

Deste modo, para continuidade da assistência se faz necessário o relato de todas as informações sobre o paciente, de forma detalhada, pois cada dado é indispensável para uma assistência de qualidade, como podemos destacar nesta fala: (Tem que relatar) *Tudo, é tanta coisa, vamos supor...um paciente do tipo grave...jamais podemos deixar de registrar que está com sonda nasoenteral, que a dieta é por bomba de infusão, jamais poderá deixar de escrever... no relatório do paciente, que está com sonda, que é um paciente que tá restrito ao leito. Que ele está em hidratação venosa periférica em determinado membro, direito ou esquerdo, viabilizando tantas gotas por minuto. A*

gente jamais pode deixar de ter essas informações, pra passar de plantão por plantão. . .(Beta).

Diante de tantas informações a serem comunicadas, entendemos que para busca um registro adequado, que sirva de instrumento à continuidade da assistência, é necessário observarmos: clareza, objetividade, concisão, legibilidade e fornecer todas as informações para transmitir a mensagem correta.

Assim sendo, é importante considerar o tipo de registro realizado. Nessa perspectiva, na própria entrevista alguns participantes solicitam a especificação, pois depende da anotação o conteúdo a ser documentado. Lambda, por exemplo, descreveu o conteúdo pertinente à admissão de um paciente. *Na admissão, a gente coloca como o paciente chega, se ele vem de casa... Se faz uso de alguma medicação, se é diabético, hipertenso, a história mais ou menos clínica dele, se tem alergia alguma medicação, como está o estado dele... é...psicológico...essas coisas assim... E no dia-a-dia, relatamos o que aconteceu com ele na enfermaria durante o nosso horário* (Lambda).

A título de comparação, apresentamos as orientações do manual "Anotações de enfermagem" publicado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, sobre as informações fundamentais na anotação da admissão: Nome completo do paciente, data e hora da admissão; condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de roda, etc.); presença de acompanhante ou responsável; condições de higiene; queixas relacionadas ao motivo da internação; procedimentos/curativos realizados, conforme prescrição ou rotina institucional; além das orientações prestadas⁽¹¹⁾.

Diante dessa comparação, percebemos que há uma sintonia entre o conteúdo citado pelo nosso entrevistado e o exigido pelo manual, exceto pelas informações de data da admissão, pelos detalhes em relação ao acompanhante, e sobre as orientações prestadas para internação.

Em relação à data, a ausência de sua citação pode ser explicada pelo tipo de formulário preenchido no cotidiano do hospital em questão, que já apresenta espaço próprio para este dado, tornando-o um ato mecânico no registro. Entretanto, não se deve minimizar a importância desta informação na composição do seu conteúdo.

Em relação à hora, ausente em todos os relatos dos participantes na construção de um modelo de registro, explicamos que, na rotina desse hospital, as anotações são realizadas em um horário somente, próximo ao final do turno de trabalho, exceto na checagem de medicação que é feita no momento que é administrada.

Portanto, todos os registros do turno são resumidos a um, informando somente um horário, conforme mostram os trechos das entrevistas, quando questionados acerca do horário de realização do registro. *No final do turno, só anota medicação na hora, evoluo no final do dia (Gama). Vamos dizer assim...chegando perto já do final do nosso horário (Lambda). Geralmente, quando a gente acaba tudo, quando termina tudo, a gente vai lá e anota. Porque se ficar...como a gente tem muitos leitos aqui, não tem como ficar: fez no paciente aí vem e relata, aí vai perde muito tempo (Ipsilon). A gente normalmente aqui faz a partir de 9-10 horas, mas não tem um horário específico não (Beta).*

Destacamos a fala de Alfa, quando explica que em procedimentos realizados após o consolidado do turno ou em procedimentos de maior especificidade de informação como o horário de retirada de um dreno, torna-se exceção e, portanto, anota-se na hora que foi realizado. *(Anota-se) Em todos (os momentos), porque tudo que vai fazer tem que registrar. Primeiro faz todos os cuidados, e depois vamos fazer as anotações. Porque é quando a gente pode evoluir, na evolução. Mas em um caso de retirada de dreno, pronto, então vamos tirar um dreno, que o médico que mandou, a gente depois que tirou tem que anotar, por exemplo, a gente não pode esperar evoluir pra anotar não (Alfa).*

Nesta discussão, salientamos que na realização de todos os registros de forma consolidada e em um só

horário, há um risco de se misturar ou trocar informações sobre pacientes diferentes. E essa atitude pode acarretar danos à assistência, além de não indicar o momento exato de realização dos procedimentos, o que pode gerar dúvidas quanto à ordem da atividade desenvolvida e consequente omissão de dados, em caso de ações judiciais.

Quanto a este aspecto, um estudo realizado para análise de registro de enfermagem em prontuários de um hospital-escola, identificou que 23,5% dos enfermeiros registraram a hora e 76,5% registraram o período correspondente ao turno de trabalho; entre os técnicos, 9,6% registraram a hora e os 90,4% apenas o turno. Aponta, assim, que um dado de extrema significância para documentação das informações não foi apresentado, o que repercute em dificuldade ou inviabilidade de processos legais ou auditorias utilizando o registro⁽⁶⁾.

Em outro estudo, no qual foi analisada através de prontuários a variação entre horário de internação e horário de anotação (momento de registro de admissão do paciente), identificou-se que em 47,6% dos prontuários estes horários coincidiam, em 13,9% a diferença de tempo foi de até 20 minutos; em 29,9% a diferença foi maior que 30 minutos; e em 8,6% os prontuários não apresentavam horário de anotação, somente o de admissão⁽⁷⁾. Assim, as autoras ressaltam que as implicações legais quanto à demora no registro, ou ausência de informação dos horários podem trazer implicações comprometedoras, como a ausência do registro de transferência ou óbito. Além disso, outra observação é que em muitos casos, por se tratar de uma evolução, o estado do paciente durante as 24 horas pode variar, e, portanto, estas informações devem estar registradas no prontuário, não se resumindo a somente um momento.

E ainda nesta temática, foi divulgado em mais uma pesquisa que após análise de prontuários, 97% dos registros de alta estavam incompletos; o que significa que esta ausência pode ocorrer devido ao fato da equipe postergar as anotações para o momento de saída do paciente do hospital⁽¹⁰⁾. No entanto, neste momento poderá estar ocupada com outras atribuições, não realizando o registro, e o prontuário é recolhido sem seu preenchimento correto, acarretando prejuízos na documentação da assistência.

Nesta discussão sobre o ato de registrar, além do conteúdo e momento de realização do registro, também é importante considerarmos quem os faz. Neste estudo, por exemplo, notamos que os registros, em sua grande maioria, são realizados pelos técnicos de enfermagem. O seguinte trecho explicita esta condição: *Devido à quantidade de coisas a fazer, não dá tempo evoluir todos, então escolho o paciente mais grave, e neste faço a evolução. Em um momento do dia, eu mesmo verifico os sinais vitais, e faço evolução* (Sigma).

Este corresponde a um momento da fala de um profissional graduado em enfermagem, que apresenta a condição dos enfermeiros que assumem muitas atividades e esquecem um importante instrumento de sua prática: o registro, e, conseqüentemente, não realizam uma significativa etapa do seu processo de trabalho: a evolução.

Portanto, a maioria dos registros da equipe de enfermagem é realizada pelo pessoal de nível médio, inclusive a evolução do paciente. Porém, a evolução de enfermagem é privativa do enfermeiro⁽¹²⁾. No cenário de nossa investigação, ocorre, aparentemente, uma distorção entre a evolução legal, do enfermeiro, e a real, dos técnicos de enfermagem.

Inclusive é demonstrada, em muitos trechos das entrevistas, uma distorção na interpretação dos termos "anotação de enfermagem" que é de responsabilidade da equipe de enfermagem e "evolução de enfermagem"

que é privativa do enfermeiro⁽¹²⁾. Mais especificamente, identificamos nas entrevistas dos trabalhadores de enfermagem, de nível médio, esta distorção de termos, como nos trechos a seguir: *Tudo o que aconteceu com o paciente no horário que estou com ele: banho, medicação, se aconteceu alguma ocorrência ou não, SSVV, tudo. A gente evolui o paciente, a gente chama assim de evoluir o paciente, vai lá pergunta a ele se fez todas as necessidades, se ele tomou banho, se ele escovou os dentes, se ele se alimentou, faz todas estas perguntas e anota tudo no prontuário.* (Um exemplo) *Paciente, consciente, orientado, em ar ambiente, deambulando ou não, sinais vitais aferidos, e aí assim vai, bota um bocado de coisa que ele tem ou não. Até a roupa pessoal dele, a roupa de cama trocada a gente coloca, pra dizer que trocou, que ele tá limpinho* (Ipsílon). *Primeiro faz todos os cuidados, e depois vamos fazer as anotações. Porque é quando a gente pode evoluir, na evolução* (Alfa).

A anotação de enfermagem possui dados brutos e pontuais, é referente a um momento e registra uma observação; enquanto a evolução possui dados analisados, processados e contextualizados; é referente a um período de 24 horas e registra a reflexão e análise de dados⁽¹¹⁾.

Deste modo, o que o pessoal de nível médio de enfermagem realiza compreende o relatório de enfermagem, com dados de observação sobre o que ocorre durante seu turno, enfatizando desta forma, a necessidade de pontuar os horários de cada ação especificamente. Compreendemos, portanto, a necessidade de esclarecimento desta condição a toda equipe, indicando as funções que lhes são pertinentes, como também exigindo a realização das atividades privativas do enfermeiro pelo enfermeiro.

Desta maneira, acreditamos que o enfermeiro possa exercer sua profissão com suas privativas atividades, e, assim, lutar pelos seus direitos. Diferentemente, ao que ocorre quando o enfermeiro delega atividades próprias a outra categoria ou profissão, perdendo assim seu poder de atuação, e ferindo seu processo de trabalho.

CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo foi possível compreender a visão dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e respectivo conteúdo, por quem são realizados, e o modo como são feitos.

Os participantes desta pesquisa percebem os registros de enfermagem como uma ferramenta indispensável, que deve conter as informações necessárias para uma assistência de qualidade, permite a documentação daquilo que foi realizado, respaldando os profissionais em ações legais; e, ainda, responsável por integrar todas as etapas e fortalecer a sistematização da assistência de enfermagem.

Contudo, identificamos que funções do registro, como instrumento de auditoria e pesquisa, não foram consideradas pelos profissionais, o que pode interferir no ato de registrar, pois estas finalidades, a longo prazo, necessitam de descrições mais detalhadas, com identificação mais completa. E, muitas vezes, estes dados não são apresentados por se considerar que as informações documentadas servem tão somente para um curto período de tempo e para o setor onde os pacientes se encontram internados.

Em relação ao conteúdo dos registros, foi possível identificar de acordo com os entrevistados, serem compostos, em sua maioria, por dados sobre procedimentos, e há pouca descrição sobre os aspectos psicológicos e emocionais do paciente, o que não se coaduna com o conceito ampliado de saúde e a integralidade do ser. Como também, identificamos nas entrevistas uma distorção entre os conceitos de evolução de enfermagem e anotações de enfermagem, o que reflete na consolidação das anotações de enfermagem em um único momento do turno de trabalho.

Portanto, podemos concluir que embora os profissionais atribuam importância aos registros na

qualidade da assistência, na prática, isso não vem sendo devidamente observado. Neste sentido, sugerimos atividades de educação continuada que contemplem entre outros aspectos que integram a qualidade dessa assistência, a documentação adequada na qual os registros de enfermagem se inserem.

REFERÊNCIAS

1. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(1):82-8.
2. Carrijo AR, Oguisso T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(esp):454-8.
3. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11(1):80-7.
4. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):301-6.
5. Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
6. Matsuda LM, Silva DPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enferm.* 2006; 8(3):415-21.
7. Fontes MCF, Mendes IAC, Hayashida M, Dalri MCB. Análise das anotações do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Rene.* 2006; 7(3):70-7.
8. Marin HF, Azevedo CM. Avaliação da informação registrada em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica. *Acta Paul Enferm.* 2003, 16(1):7-13.
9. 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.

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

11. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (BR). Anotações de enfermagem [Internet]. São Paulo; Junho/2009 [citado 2011 maio 22]. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf.

12. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº. 272/2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2002 [citado 2011 maio 22]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>.

Recebido: 20/06/2011

Aceito: 12/10/2011