



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

Adrielen Massagli Senger  
Fábio Bruno Leitão Siqueira  
Verônica Stela Monteiro Costa

**REGISTROS DE ENFERMAGEM: retrato da assistência**

**SOROCABA/SP**

**2014**

Adrielen Massagli Senger  
Fábio Bruno Leitão Siqueira  
Verônica Stela Monteiro Costa

## **REGISTROS DE ENFERMAGEM: retrato da assistência**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Carmen Lúcia Cipullo Gardenal

**SOROCABA/SP**

**2014**

Adrielen Massagli Senger  
Fábio Bruno Leitão Siqueira  
Verônica Stela Monteiro Costa

**REGISTROS DE ENFERMAGEM: retrato da assistência**

**Objetivo:**

**Avaliar a qualidade da assistência através dos registros de  
Enfermagem**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**BANCA EXAMINADORA:**

Ass.: \_\_\_\_\_

Profª Ms. Carmen Lúcia Cipullo Gardenal/ PUC-SP

Orientadora

Ass.: \_\_\_\_\_

Profª Drª Lúcia Rondelo Duarte/ PUC-SP

Ass. \_\_\_\_\_

Profª Ms. Daniela Miori Pascon / PUC-SP

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A escolha do tema está vinculada as atividades gerenciais do enfermeiro por ser, a ação de anotar, relevante ao gerenciamento do cuidado de saúde do cliente e um aspecto introduzido desde o início do nosso aprendizado. Esta pesquisa tem por **OBJETIVO:** Identificar as áreas deficientes em relação aos registros, especificados no instrumento aplicado na coleta de dados; Destacar os principais pontos divergentes, por área, para orientar as condutas de implantação de metas e ações; Indicar o caminho para a elaboração de metas para minimizar as possíveis deficiências dos registros pesquisados. **MÉTODO:** Pesquisa quanti-qualitativa, em que os itens constantes abordaram os registros referentes a: admissão; acompanhamentos durante o período de internação, no decorrer de cada plantão; saída da Instituição, registro de encaminhamento para outros serviços dentro ou fora da Instituição; retorno; procedência quando transferido de outra Unidade da Instituição; transferência; óbito; identificação do paciente no impresso; horários das verificações dos controles específicos; medicações e cuidados prestados; quantidade de registros, na forma narrativa, por plantão; espaços entre as anotações; rasuras; ortografia. Ao término da coleta de dados, totalizando 40 prontuários, realizados nas Unidades de Internação, esses dados foram registrados em quadros ilustrativos, para identificar os déficits dos registros de enfermagem. **RESULTADO:** Diante do tema abordado, vivenciamos junto a equipe de enfermagem um déficit sobre esses registros que, por muitas vezes, encontram-se incompletos de informações e assistência prestada. Essa conduta impede a adesão de conhecimentos sobre o paciente, a qualidade da assistência, as suas necessidades e recuperação, diante do quadro clínico. Considerando as informações adquiridas, concluímos que, a maioria dos registros não foi realizado de acordo com a exigência legal do COREN-SP (2011, p.11), pois as anotações de enfermagem estão escassas de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

**Palavras Chave:** Enfermagem - Registros de enfermagem, Qualidade dos Registros e Assistência.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 4 - Frequência dos registros de enfermagem referentes à registro de retorno de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	19
Quadro 5- Frequência dos registros de enfermagem referentes à registro de procedência de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	20
Quadro 6- Frequência dos registros de enfermagem referentes à registros de transferência de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	21
Quadro 7- Frequência dos registros de enfermagem referentes à identificação completa de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	22
Quadro 8- Frequência dos registros de enfermagem referentes à horários das verificações dos controles de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	23
Quadro 9- Frequência dos registros de enfermagem referentes à medicações e cuidados prestados aos pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	25
Quadro 10- Frequência dos registros de enfermagem referentes à quantidade de registro na forma narrativa por plantão de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	26
Quadro 11- Frequência dos registros de enfermagem referentes à narração escrita de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014 .....	27

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2.OBJETIVO .....</b>	<b>10</b>
2.1 Objetivo Geral .....	10
2.2 Objetivos Específicos .....	10
<b>3. DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>11</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>34</b>
Anexo A.....	34

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema está vinculada as atividades gerenciais do enfermeiro por ser, a ação de anotar, relevante ao gerenciamento do cuidado de saúde do cliente e, um aspecto introduzido desde o início do nosso aprendizado. É impossível desvincular o fazer do registrar, uma prerrogativa do trabalho da Enfermagem. Inicialmente, pode não parecer uma atividade que mereça preocupações porque, afinal, se trata de repetir o ato de escrever o que foi realizado sem critérios.

Quando nos aprofundamos e tentamos compreender a real importância dos registros entendemos a finalidade em responder as seguintes perguntas “o que anotar, quando, onde, como, para quem e quem deve anotar”, a atividade passa do simples fato de escrever, para uma comunicação escrita elaborada que demonstre a assistência, efetivamente, prestada ao cliente.

Para Johanson citado por Possari (2005, p. 65) “registrar é, além de documentar, uma forma de comunicar, estabelecendo por escrito as ocorrências clínicas do paciente, as ações assistências executadas, os problemas reais e potenciais identificados, bem como as medidas implementadas”.

Na área hospitalar os alunos, enquanto desenvolvem atividades práticas, se deparam com uma equipe multiprofissional, cujas categorias têm os seus espaços para transmitir os dados relacionados aos clientes. Cada um dos profissionais tem orientação do seu órgão fiscalizador da classe e, especificamente, a Enfermagem, pode se ancorar na legislação em vigor, como nas inúmeras orientações disponibilizadas pelo Conselho de Enfermagem e obras que tratam sobre o tema.

Quando todos esses registros se encontram dentro de um único documento é denominado Prontuário do Paciente, antes equivocadamente intitulado de prontuário “médico”. O prontuário é um documento valioso para o paciente, para a equipe de saúde que o assiste e para as instituições de saúde, bem como, para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além, de instrumento de defesa legal. (POSSARI, 2005, p. 47)

Imergindo na área da Enfermagem descobrimos que esse tema é tão antigo quando nos reportamos aos escritos sobre a vida profissional de Florence Nightingale e, ao mesmo tempo, constatamos que ele continua atual quando

abordamos as diferentes referências disponibilizadas para consulta tanto nas obras, periódicos, em papel e ou online.

Esses registros estão alicerçados nos documentos oficiais, uma maneira de garantir que esse processo tenha continuidade e qualidade.

O órgão fiscalizador do exercício profissional, através das Resoluções, dispõe sobre o registro das ações de Enfermagem, conforme artigo abaixo:

**Art. 1º** É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. (Res. COFEN 429/2012).

Do ponto de vista dos aspectos legais Oguisso, há décadas (1975), defendeu na sua tese de livre docência “Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente”, onde chamava a atenção para que, “a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente em prontuário, dos fatos relacionados com paciente hospitalizado, pode caracterizar um tipo de delito denominado de falsidade ideológica, previsto no Código Penal, art. 299. Esse artigo dispõe “omitir, em documento público ou particular, declaração que dela devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar o direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007, p.31), no capítulo I das Relações Profissionais, artigo 41 encontra-se: “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência”.

Para que essas informações alcancem as diretrizes, acima, Possari (2005, p. 84), enfatiza que para efetuar a documentação de Enfermagem “é necessário o conhecimento técnico-científico”.

Os registros de enfermagem devem garantir o processo contínuo no cuidado ao cliente, assegurando qualidade e competência técnica, segurança garantida ao cliente e ao profissional. Isso será possível se estas ações forem devidamente registradas em prontuário onde o mesmo passa a ser um respaldo legal, protegendo o profissional contra processos éticos, cíveis ou criminais, uma vez

que a informação registrada não garante a ação realizada, porém cabe a parte interessada em provar tal contestação. (Código de Processo Civil, art. 368).

Conforme Fontes (2003), citada por Ito (2011, p. 3), “Há uma crescente preocupação com o registro e a conscientização dos profissionais quanto à importância da documentação da assistência de Enfermagem prestada. Primeiro, por ser um respaldo para o profissional; segundo, por se tratar de uma exigência legal e, finalmente, por objetivar a continuidade da assistência prestada, permitindo aos profissionais da área fomentar a pesquisa, o ensino e a auditoria dos cuidados prestados”.

“Portanto, diante da ampla legislação sobre o registro e anotações das atividades de enfermagem, ocorrências e intercorrências, os referidos registros se fazem necessários em qualquer área da assistência de enfermagem. Atentando-se para o fato de que os registros dos atendimentos e/ou cuidados de enfermagem devem ser realizados no prontuário, folha de evolução ou folha de atendimento do paciente e que as ocorrências e intercorrências referentes à equipe, devem ser registradas, no livro de relatório de enfermagem, acessível e privativo da equipe de enfermagem” (COFEN, 2012).

Para Ito (2011), anotação de Enfermagem é o reflexo do cuidado e para Santos (2005), ela torna visível o trabalho invisível da Enfermagem, diante do sistema de informação hospitalar e do registro no prontuário...”

Diante do tema abordado, vivenciamos junto a equipe de enfermagem um déficit sobre esses registros que, por muitas vezes, encontram-se incompletos de informações, assistência prestada e avaliação do paciente. Essa conduta impede a adesão de conhecimentos sobre o paciente, a qualidade da assistência, às necessidades e sua recuperação diante do quadro clínico. Esta consequência torna a ação dos profissionais debilitada, pois a equipe multidisciplinar necessita das anotações para garantir a segurança do paciente.

Segundo Carrara (2009, p.171), todos os passos no tratamento de um doente envolvem a possibilidade de erro e certo risco à sua segurança. A análise dos erros pode ajudar os profissionais e gestores do sistema de saúde a identificar os principais fatores que provocam sua ocorrência e, com isso, podem introduzir modificações para previni-los ou reduzi-los. Já segundo Andrade (2004, p. 311) e Carrara (2009, p.173), o registro de Enfermagem é um processo de transmitir

informações de pessoa para pessoa, por meio da fala, da escrita, de imagens ou de sons, com objetivo de gerar conhecimento.

Possari (2005, p. 68) considera o registro de enfermagem um documento multifuncional para a área da Saúde, pois o Prontuário do Paciente é abordado em seus suportes eletrônico e papel. Os registros de enfermagem devem orientar a equipe de enfermagem através de dados e anotações escritas ou digitalizadas, para ser imprescindível a organização do saber. A informação, portanto, segundo esse autor, seja ela registrada de forma escrita, oral ou audiovisual, é o elemento básico para a produção e disseminação do conhecimento. É considerada quando percebida e assimilada, o instrumento modificador da consciência do ser humano, uma vez que acrescenta e reformula estruturas trazendo conhecimento e benefícios ao indivíduo que a possui.

Por fim, foi na obra do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, volume Enfermagem, o encontro de mais uma referência que orientará os achados nos registros de Enfermagem através dos indicativos: conforme e não conforme. (SOUSA e AYOUB, 2013, p. 156-64).

Este trabalho objetiva avaliar a qualidade dos registros realizados pela Enfermagem, rastreando esses dados nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sob a ótica dos resultados pretende-se identificar se o retrato está focado ou desfocado da normatização, largamente, divulgada pelo órgão fiscalizador da profissão.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade dos registros de Enfermagem.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as áreas deficientes em relação aos registros, especificados no instrumento aplicado na coleta de dados;
- Destacar os principais pontos divergentes, por área, para orientar as condutas de implantação de metas e ações;
- Indicar o caminho para a elaboração de metas para minimizar as possíveis deficiências dos registros pesquisados.

### 3 . MÉTODOS

A pesquisa qualitativa de caráter exploratória e descritiva foi amparada nas categorias temáticas do referencial teórico de Minayo (2004). Também, foi incluído o caráter quantitativo, para atender o objetivo referente à prevalência dos registros realizados, dentro dos itens constantes nos impressos próprios para a área da Enfermagem. Portanto caracterizada como uma pesquisa quanti-qualitativa.

Os dados coletados foram baseados em Cianciarullo (1977) através do formulário com três colunas e com os seguintes itens: conteúdo, critérios e, a última coluna, espaço destinado aos achados referentes aos cuidados prestados. Os 12 itens constantes abordaram os registros referentes à: admissão; acompanhamentos durante o período de internação, no decorrer de cada plantão; saída da Instituição, registro de encaminhamento para outros serviços dentro ou fora da Instituição; retorno; procedência quando transferido de outra Unidade da Instituição; transferência; óbito; identificação do paciente no impresso; horários das verificações dos controles específicos; medicações e cuidados prestados; quantidade de registros, na forma narrativa, por plantão; espaços entre as anotações; rasuras; ortografia.

Foram incluídos, na presente pesquisa, os prontuários contendo os dados referentes aos registros de Enfermagem, de quatro Unidades de Internação do Hospital-Escola da PUC-SP, privado, filantrópico e com perfil cirúrgico. Dessa instituição as Unidades selecionadas foram o 1º andar Leste, 2º andar Oeste, 3º andar Leste e Oeste e o número, efetivamente, consultados foram 40 prontuários, respectivamente, 11, 13, 6 e 10 analisados. Os prontuários foram escolhidos pela sua disponibilidade no momento devendo estar o paciente no final do processo de internação ou com alta hospitalar.

O trabalho foi dividido em três fases para melhor conduzir a construção da pesquisa: 1ª Fase: coleta dos dados; 2ª Fase: categorização através dos conteúdos pesquisados e, 3ª Fase: análise e conclusão dos achados.

Os itens encontrados ou não, foram reunidos, conforme a categoria, em um único quadro com o objetivo de não identificar as Unidades, mas, conseguir através dessa amostragem, o reflexo dos registros de Enfermagem.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Registros de Admissão** (estado geral) foram oito itens pesquisados:

Tabela 1 – Frequência dos registros de enfermagem referentes à admissão de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Registro de Admissão (estado geral)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sinais e Sintomas	1	2
Comunicação	2	3
Deambula	3	5
Humor	12	20
Sinais Vitais na entrada	13	21
Data de entrada na Unidade	14	23
Horário de Entrada na Unidade	16	26
Acompanhado ou Não	0	0

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Durante a pesquisa foi encontrado um padrão na forma de registro pelos profissionais, em relação à admissão, dos quarenta prontuários analisados apenas 26% contém registro de horário de admissão na unidade e este é o dado de maior incidência de registro. Encontramos um índice de 5% em relação a capacidade e forma de deambulação, este que deveria ser de grande importância, uma vez que as anotações deveriam ser um espelho das condições físicas do cliente e, uma variação semelhante referente ao humor (20%), sinais vitais (21%) e data de entrada na unidade (23%). Canavezi (2011) confere à instituição de saúde a responsabilidade da integralidade física do cliente em todo o processo de internação. Portanto o registro do estado do cliente já na admissão tem a importância de proteger toda a instituição, profissionais e o próprio cliente, garantindo a segurança de todos os envolvidos, ressaltando que o prontuário de enfermagem é o único documento que relata as ações de enfermagem realizadas.

Diante dos registros que foram tabulados, nota-se que a menor taxa encontrada no período de admissão esta caracterizada pelo aparecimento de sinais e sintomas, que deixam de ser registrados, mesmo se o cliente não os apresenta,

sendo 1%. Esse dado é importante, pois é também, por meio dele, que o enfermeiro identifica os diagnósticos de Enfermagem baseados em NANDA (Classificação de Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem). O cliente pode referir queixas de dores, ansiedade, mal-estar e entre outros, e essas queixas estão relacionadas com os sinais que ele pode manifestar, como aumento ou queda da pressão, fadiga respiratória, dispneia ou desmaio.

Este levantamento de dados auxilia o enfermeiro na classificação do cliente de acordo com as suas necessidades básicas e, intervém através da Prescrição de Enfermagem.

**Registro dos Acompanhamentos durante o período de internação** - foram onze itens pesquisados.

Tabela 2- Frequência dos registros de enfermagem referentes à acompanhamento durante o período de internação de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Registros dos Acompanhamentos durante o período de Internação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Lavagens	0	0%
Drenagens	1	1%
Irrigações	1	1%
Integridade Cutânea/Mucosa	13	7%
Locomoções e Motilidade	15	7%
Sono e repouso	18	9%
Terapêutica Medicamentosa (checado, bolado, não checado e rubricado)	24	12%
Sinais Vitais	25	12%
Nutrição	35	17%
Eliminações Vesicais	35	17%
Curativos	35	17%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Com esses achados foi possível analisar que dos quarenta prontuários analisados, em nenhum constava registro completo durante o período de internação do paciente; a assistência prestada mais relatada no prontuário foi à nutrição 17%, eliminações vesicais 17% e curativos 17%, porém não registradas de maneira

completa, não era relatado se o paciente aceitava a dieta total ou parcial, o aspecto das eliminações vesicais e, até mesmo, o local do curativo, aspecto, se teve ou não troca de curativo; concluindo que a anotação de enfermagem estava incompleta.

O segundo mais relatado foi terapia medicamentosa 12% e sinais vitais 12%, observamos que as horas dos medicamentos estavam de acordo com a prescrição médica, quando administrados foram checados e rubricados pelo profissional responsável, e quando bolados constava uma observação feita pelo profissional, checada e assinada. Em relação ao registro de sinais vitais, observamos que eram realizados apenas no primeiro dia de internação e no máximo três vezes, sendo que no segundo dia o paciente encontrava-se internado por algum tempo, até receber alta. Mesmo assim, não havia registro de sinais vitais verificados, impossibilitando conhecer como se encontrava o paciente e, em que situação saiu da Instituição.

O terceiro registro observado foi em relação ao sono e repouso (9%), porem encontrava-se o registro incompleto, sem relato da qualidade do sono e repouso do paciente, se dormiu bem ou teve sono agitado. Observamos também que o registro em relação à locomoção e motilidade apresentaram frequência de 7% e integridade cutânea/ mucosas 7%, porém não foram registrados de maneira completa, pois não havia relato se o paciente deambulava com ou sem auxílio, ou se estava restrito no leito, se a pele tinha lesões, edema, hiperemia; foi apenas relatado se o paciente deambulava e as mucosas apresentavam-se hidratadas na maioria das anotações de Enfermagem.

Relato de pacientes com irrigação 1% e dreno 1% foi o menos encontrado nas anotações de enfermagem, porém, dependia muito da situação do paciente, até mesmo, a qual cirurgia ele foi submetido, porém, no registro encontrado constavam anotações corretas e completas, estava identificado o local e o tipo, aspecto e quantidade do líquido drenado e ainda registrado sinais e sintomas do paciente. Em relação ao registro de lavagem foi de 0%, pois nenhum paciente foi submetido a esse procedimento, por essa razão não houve registro. Portanto, foi visível o déficit de informações relacionadas a esses itens.

O período de internação é o momento em que o cliente permanece recebendo cuidados e auxílio após sua respectiva cirurgia ou tratamento clínico. Nesse período ele vai ser avaliado pela sua resposta fisiológica ao tratamento e evolução. Notamos que o Hospital Santa Lucinda recebe muitas cirurgias

ortopédicas, plásticas, cardíacas e abdominais. Algumas dessas cirurgias precisam de cuidados mais específicos, pelo nível de complexidade. Geralmente a cirurgia cardíaca, ortopédica e abdominal vem acompanhada de drenos para excretar as substâncias orgânicas da área cirúrgica e, é necessário manter cuidados básicos, pois é um material que pode levar infecção ao cliente.

Diante disso, foram poucos os registros de presença de dreno sendo 1% e integridade cutânea/mucosa 7%, os dois estão associados por serem dados importantes para o enfermeiro estabelecer diagnósticos, tais como, risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos ou defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado), risco de sangramento relacionado a efeitos secundários relacionados ao tratamento e recuperação cirúrgica retardada relacionada a evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica (vermelhidão, endurecimento, drenagem), essa classificação de diagnósticos é o que possibilita a intervenção da equipe multidisciplinar promover, proteger, prevenir e manter a integridade do cliente.

Segundo Cianciarullo (2001), as anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. Assim, essa anotação é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Em resumo, as Anotações de Enfermagem são registros de:

- **Todos os cuidados prestados:** incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- **Sinais e sintomas:** incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso e normocárdico etc;

- **Intercorrências:** incluem os fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas;
- Respostas dos pacientes às ações realizadas.

Segundo a Resolução COFEN 311/07, em seu artigo 25 são de responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. No art. 41, encontra-se “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência”. Para atender a exigência legal feita pelo COREN-SP (2008–2011, p.15) o roteiro de registro durante o período de internação deve conter:

Sono e repouso: qualidade do sono e repouso, onde refere ter dormido satisfatoriamente durante a noite toda;

Nutrição: Indicar a dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda), com aceitação total ou parcial da mesma; dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico), dieta zero (cirurgia ou exames), necessidade de auxílio ou não para se alimentar, ou recusa onde indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.), e ainda sinais e sintomas apresentados. Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, etc).

Eliminações vesicais: Diurese: ausência/ presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml), anotar características (coloração, odor), presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.), forma da eliminação (espontânea, via uripen, sonda vesical de demora/ostomias urinárias). Evacuação: episódios (nos respectivos horários), quantidade (pequena, média, grande), consistência (pastosa, líquida, semipastosa), via de eliminação (reto, ostomias), características (coloração, odor, consistência, quantidade) e, se há relato de queixa.

Administração de medicamentos: somente a checagem do item cumprido ou não, através de símbolos, respectivamente, não cumpre os requisitos legais de validação de um documento, por isso a importância de registrar, por escrito, na Anotação de Enfermagem a administração ou não da medicação. Assim anotar o item (ns) da prescrição medicamentosa administrada (s), se injetável, também registrar o local onde foi administrado: IM (glúteo, deltóide, vasto lateral, etc), EV (antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc), SC (abdome, região

posterior do braço, coxa, etc) e ID. Não se esquecer de fazer referência do lado esquerdo ou direito, no caso de administrar através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lúmem, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso e no caso de não administrar o medicamento, apontar o motivo. Devem ser precedidas de hora, checagem, conter assinatura e identificação do profissional ao final da administração do medicamento.

**Curativo:** identificar o local da lesão, data e horário do procedimento, sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.), tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.), material prescrito e utilizado.

**Dreno:** identificar o local e tipo, aspecto e quantidade de líquido drenado e observar sinais e sintomas.

**Acesso venoso periférico:** identificar o local da inserção com data e horário, dispositivo utilizado, motivos de troca ou retirada, sinais e sintomas observados e possíveis intercorrências (transfixação, hematomas, extravasamento, hiperemia etc).

**Locomoção e motilidade:** anotar se deambula com ou sem auxílio, encontra-se restrito no leito e precisa ou não de auxílio em mudança de decúbito, registrando posição (dorsal, ventral, lateral direita ou esquerda), medidas de proteção (uso de coxins, etc.), horário, sinais e sintomas observados (alterações cutâneas, etc).

**Sinais vitais:** verificar e anotar temperatura, pulso, respiração e pressão arterial no período de internação, conforme necessidade do paciente.

**Integridade cutânea/ mucosas:** verificar a ocorrência de irritação de pele, alergia, lesões, edema, hiperemia nas proeminências ósseas, realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras. Anotar os locais.

A importância de um registro completo é para historiar e mapear o cuidado prestado; facilitar o rastreamento das ocorrências com o cliente a qualquer momento e reforçar a responsabilidade do profissional envolvido no processo de assistência de Enfermagem.

**Registros de Saída da Instituição** foram onze itens pesquisados

Tabela 3- Frequência dos registros de enfermagem referentes à saída de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Registros de Saída da Instituição</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Em processo de Recuperação	3	4%
Deambulando	4	6%
Acompanhado	5	8%
Hora da Saída	16	25%
Data da Saída	17	26%
Alta para Residência	20	31%
Transferência para outra Instituição	0	0%
Óbito	0	0%
Controle de Sinais Vitais	0	0%
Orientações de Alta	0	0%
Continuar o tratamento em casa	0	0%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

A saída do cliente da unidade ou do próprio hospital deve ser registrada devidamente contendo todas as informações pertinentes ao estado físico e mental, acompanhante e outras informações. Neste tema encontramos um dos principais déficits de registros, talvez um dos mais importantes, pois uma instituição sendo responsável pelo bem estar do cliente deve garantir que o mesmo esteja em condições de receber alta hospitalar e, essa incumbência é conferida ao médico. Porém, o cliente está sendo assistido por toda equipe multidisciplinar e a mesma deve estar atenta a detectar falhas no processo de alta para interromper, em situações onde o cliente apresenta alguma regressão em seu estado de saúde. Somente por meio dos registros, de toda equipe, pode-se assegurar que todos esses cuidados foram tomados.

É importante ressaltar que é responsabilidade do profissional de enfermagem orientar o cliente sobre os cuidados que ele deve seguir após a alta hospitalar, sendo notado que 31% obtiveram alta hospitalar para casa. Qualquer deslize que o cliente cometa pode prejudicar sua evolução dependendo do caso e, ele pode referir que não foi orientado sobre os cuidados posteriores. A única forma que comprova e assegura que a equipe de enfermagem prestou os cuidados e não

foi negligente, são os registros de enfermagem, segundo a Anotação de Enfermagem atribuída pelo COREN (2011, p.5). Uma ação incorreta do profissional poderá ter implicações éticas e/ou cíveis e/ou criminais. Pela legislação vigente, todo profissional de enfermagem que causar dano ao paciente responderá por suas ações, inclusive tendo o dever de indenizá-lo. Para que possa se defender de possíveis acusações poderá utilizar seus registros como meio de prova.

Segundo Canavezi (2011), o registro de alta hospitalar deve conter: Data e horário; Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas); Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.); Orientações prestadas. Observação: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado. Entretanto, não foram encontrados elementos necessários que comprovassem que o cliente tivesse recebido orientação quanto aos cuidados posteriores (0%), que devesse continuar o tratamento em casa (0%), verificação dos sinais vitais (0%) e transferência para outra instituição (0%).

**Registro de Retorno** foram cinco itens pesquisados:

Quadro 1 - Frequência dos registros de enfermagem referentes à registro de retorno de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Registro de Retorno</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Orientações quanto aos cuidados posteriores	3	4%
Condições Físicas e Mentais	12	18%
Sinais Vitais	20	45%
Horário	32	48%
Acompanhamento de Funcionário	0	0%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Em relação aos registros de retorno, que referem-se ao regresso do paciente à unidade em situações como cirurgia, exames em outro setor ou até outra instituição, em 48% refere-se ao horário de admissão, em 30% dos prontuários continham sinais vitais, 18% continham as condições físicas e mentais, 4% continham informações aos cuidados posteriores, mas em nenhum prontuário foi relatado ter a presença de alguma profissional durante todo o processo de

mobilização. Conforme Lei Estadual 10.241\99, art. 2º, inc. XIII, o usuário deve ter em seu prontuário registros inerentes à todos os procedimentos submetido, medicações, infusão de hemoderivados, mesmo que esteja inconsciente, de forma clara e objetiva.

Considerando a exigência legal feita pelo COREN (2011, p.11) uma anotação de enfermagem no período de retorno de um cliente que foi realizar um procedimento, deve conter: o horário de retorno para que fique clara a entrada desse paciente na unidade de internação, os sinais vitais especificados e registrados caso o mesmo apresente alterações significativas pelo procedimento realizado, uma intervenção, as condições físicas e mentais para avaliação neurológica e motora pelo uso de medicamentos anestésicos que demandam certo tempo até a diminuição da sua farmacocinética, acompanhamento de funcionário, que é de responsabilidade do Hospital garantir a integridade do paciente e fornecer de um a dois profissionais de saúde para a busca do cliente após o procedimento caso ocorra uma intercorrência. Nesse processo foi encontrado um déficit de registro, sendo 0%, subtendendo-se pela sua ausência que o cliente foi realizar um procedimento complexo e retornou sozinho.

De acordo com NANDA esse dado define risco de quedas relacionado a condições pós-operatórias, dificuldade na marcha e equilíbrio prejudicado e proteção ineficaz relacionado a tratamentos (cirurgia) e terapias com medicamentos. Nessas condições compete ao enfermeiro garantir que o cliente não retorne sozinho e que sejam ofertadas orientações quanto aos cuidados posteriores pela necessidade de assegurar a continuidade e qualidade da assistência. A Resolução COFEN (2012, p.29) que “Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte- tradicional ou eletrônico determina que anotação deve ser registrada formalmente no prontuário do cliente”.

### **Registro de Procedência** foram cinco itens pesquisados

Quadro 2- Frequência dos registros de enfermagem referentes à registro de procedência de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola.

Sorocaba, 2014

<b>Registros de Procedência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tipo de Locomoção	1	4%
Portador de cateteres, curativos e drenos	4	18%
Sinais Vitais	5	23%
Estado Mental	5	23%
Unidade de Procedência	7	32%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

De acordo com as Anotações de Enfermagem atribuídas pelo COREN (2011, p.14) deve conter no registro de procedência data e horário; setor e destino, forma e transporte; procedimentos/cuidados realizados ( punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.); condições (maca, cadeira de rodas); queixas. Na tabela acima, nota-se uma escassez no tipo de locomoção, em 4%. A importância do registro relacionado à locomoção assegura a diminuição de chances de queda do cliente e a imprudência da equipe de enfermagem.

### **Registro de Transferência** foram seis itens

Quadro 3- Frequência dos registros de enfermagem referentes à registros de transferência de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Registros de Transferência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Horário	1	1%
Data	1	1%
Destino	1	1%
Condições Físicas	1	1%
Sinais Vitais	1	1%
Acompanhamento	1	1%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

No registro de transferência do cliente para outro hospital, as respectivas normas também devem ser seguidas, pois podemos encontrar dados pertinentes tanto para quem envia quanto para quem recebe. As informações identificam a possibilidade de problemas e avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitam a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Porém, não é bem isto que encontramos, já que dentre os quarenta prontuários que coletamos apenas uma continha às especificações que o COREN orienta. Através do mesmo, foi identificado que determinados dados como, registro de horário de 40% continha apenas 1%, data 1%, destino 1%, condições físicas 1%, sinais vitais 1% e acompanhamento 1%. Essa escassez relacionada às informações tabuladas gera incerteza de que a assistência tenha sido prestada com cuidado, qualidade, integridade, prevenção, promoção e humanizada.

**Identificação completa do paciente** foram dois itens pesquisados

Quadro 4- Frequência dos registros de enfermagem referentes à identificação completa de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Identificação Completa do Paciente</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Etiqueta do Computador	40%	40%
Preenchimento Manual	0%	0%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Assim, foi verificada na coleta de dados em todos os prontuários constam etiqueta impressa do paciente para identificação e padronizada em toda a Instituição. Na etiqueta encontra-se: nome completo do paciente, data de nascimento e idade, nome completo da mãe do paciente, quarto e leito que se encontra internado, número do prontuário, número do documento de identidade e, se está internado pelo SUS ou particular. Esse item está de acordo com as normas de segurança do paciente.

A Cartilha do COREN, nos Dez Passos para a segurança do paciente (2011) especifica que a identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde. Erros de identificação podem acarretar sérias consequências para a segurança do paciente. Falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação, erros durante a transfusão de hemocomponentes, em testes diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes errados e/ ou em locais errados, entrega de bebês às famílias erradas, entre outros.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes do início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicamentos e soluções. A identificação deve ser feita por meio de pulseira de identificação, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente e, familiares, durante a confirmação da sua identidade.

Medidas sugeridas:

1. Enfatize a responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação correta de pacientes antes da realização de exames, procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos e realização de cuidados;
2. Incentive o uso de pelo menos dois identificadores (ex.: nome e data de nascimento) para confirmar a identidade de um paciente na admissão, transferência para outro hospital e antes da prestação de cuidados. É também indicado a utilização do nome da mãe do paciente e número do documento de identidade;
3. Padronize a identificação do paciente na instituição de saúde, como os dados a serem preenchidos, o membro de posicionamento da pulseira ou de colocação da etiqueta de identificação;
4. Confirme a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica, no rótulo do medicamento e no prontuário, antes de sua administração.

**Horários das verificações dos controles específicos presentes** foram dois itens pesquisados

Quadro 5- Frequência dos registros de enfermagem referentes à horários das verificações dos controles de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Horários das Verificações dos Controles Específicos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Presentes em:</b>		
Todas as Anotações	11	27%
Em Partes das Anotações	17	42%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Podemos observar na tabela 8 que a maioria, 42% das anotações de enfermagem, têm em parte os horários das verificações dos controles, sendo uma deficiência cometida pela equipe de Enfermagem. Com essa atitude não se pode ter certeza das condições do paciente, se ele encontrava-se estável e depois regrediu, a partir de que momento ele melhorou ou piorou. Nos outros 27% constava em todas as anotações os horários das verificações, sendo uma baixa porcentagem para uma assistência integral. Essa conduta aponta para um erro comum e bastante frequente nos registros realizados pelos profissionais da área.

Através da pesquisa, conclui-se que em 27% das anotações constam horários e registros corretos, sendo que deveriam conter em todos. Através das verificações dos controles é que a equipe multidisciplinar irá avaliar e intervir sobre os cuidados com o cliente.

As verificações dos controles contém a frequência respiratória, tipo de respiração, frequência cardíaca, valor da pressão arterial, eliminação vesical, evacuação e drenos. Esse instrumento associado com exame físico, realizado pelo enfermeira (o), favorece a classificação de risco e diagnósticos do cliente. A (o) enfermeira (o) poderá constatar o problema do cliente na sua evolução, identificar os diagnósticos e realizar a prescrição de Enfermagem. Por exemplo: na verificação dos controles foi observado que o cliente não evacuou, porém, nas verificações dos dias anteriores também não obteve evacuação, por meio deste dado, a enfermeira (o) realizou o exame físico e notou distensão abdominal, diminuição dos ruídos hidroaéreos e presença de massa palpável. Diante dessa situação a (o) enfermeira (o) diagnosticou constipação relacionada a abdome distendido, volume de fezes diminuído e obstrução pós-cirúrgica e logo prescreveu os cuidados ao cliente.

Esse é um dos motivos pelo qual a equipe de Enfermagem deve executar as verificações dos controles específicos nos horários protocolados pela instituição. De acordo com a Anotação de Enfermagem atribuída pelo COREN (2011, p.12) esses itens são importantes para assegurar a diminuição na permanência do cliente na instituição, a responsabilidade do profissional de enfermagem e a redução de riscos e danos ao cliente.

Segundo Fernandes (1981), todo registro de enfermagem deve ser precedido de anotação de horário e data; as informações devem ser completas, anotadas de forma objetiva, para evitar a possibilidade de dupla interpretação.

Considerando a exigência legal orientada pelo órgão fiscalizador “as Anotações de Enfermagem devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas; Deve ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro”.

### **Medicações e Cuidados prestados** foram seis itens pesquisados

Quadro 6- Frequência dos registros de enfermagem referentes à medicações e cuidados prestados aos pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Medicações e Cuidados Prestados</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Justificado	3	4%
Não Administrado	6	7%
Legível	11	13%
Bolado	11	13%
Ilegível	17	20%
Checado e Rubricado	37	44%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Esse tema refere-se a todos os cuidados de enfermagem realizados, tendo como foco principal a qualidade dos serviços por meio da confirmação do mesmo conferindo e confirmando que o ato fora realizado. Em 44 % dos prontuários podemos encontrar as ações checadas e rubricadas, em 20 % não foi possível identificar o autor da rubrica, nem compará-lo ao carimbo que deveria estar contido na prescrição médica ou SAE. Em 13% encontra-se o horário da ação a ser realizada bolada, sendo identificada que a ação não fora realizada, porém, o mesmo não foi justificado. Apenas em 7% havia a justificativa de não administrado e 4% foram, devidamente, justificados. Os registros devem ser realizados com o objetivo de assegurar o cliente sobre a qualidade do serviço prestado e, também, como segurança ao profissional e equipe sobre a qualidade do atendimento prestado.

O Código do Processo Civil (art.386) confere ao juiz determinar a fé dos fatos registrados caso haja qualquer dúvida em sua veracidade como borrões, rasuras e anotações entre linhas.

**Quantidade de registro na forma narrativa por plantão** foram três itens pesquisados

Quadro 7- Frequência dos registros de enfermagem referentes à quantidade de registro na forma narrativa por plantão de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Quantidade de Registro na forma narrativa por Plantão</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Três ou Mais	11	19%
Duas	23	40%
Uma	24	41%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Ao certo, o cliente deveria possuir em seu prontuário três ou mais registros de Enfermagem, porém, ele está abaixo do recomendado em 19%. Acredita-se que a equipe de enfermagem deve executar um registro para cada ação realizada ao paciente no período na manhã, no período da tarde e no período da noite e, caso necessário, executar mais anotações. Segundo as Anotações de Enfermagem atribuídas pelo COREN (2011, p.11) os registros contribuem para a identificação das alterações do estado e das condições do cliente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do cliente aos cuidados prestados.

De acordo com o COREN (2008-2011), a finalidade da anotação de enfermagem é, essencialmente, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, e assim garantir a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente. Desta forma, entendemos que isso estabelece a segurança requerida, tanto para a equipe como para o paciente, tanto do ponto de vista legal como da assistência. O que está registrado é o que foi, legalmente realizado.

Acrescentam, ainda, que as anotações de enfermagem estão presentes em todas as fases do SAE, fornecendo subsídios para o planejamento da assistência, para a execução dos cuidados e para a avaliação da assistência prestada. Assim, as anotações têm papel fundamental no desenvolvimento da SAE,

pois é a fonte de informação para elaboração da evolução e, da prescrição, assegurando a continuidade, contribuem para a identificação das alterações de estado e condições do paciente, facilitando a detecção de problemas novos e a avaliação dos cuidados prescritos, comparando as respostas do paciente aos cuidados prestados.

Fernandes (1981), afirma que a anotação de enfermagem é um instrumento valorativo de grande significado para a assistência de enfermagem e para sua continuidade, tornando-se, pois, indispensável sua aplicação no processo de enfermagem. Os dados da anotação subsidiam a enfermeira na decisão das condutas a serem implementadas, portanto, se os dados não forem fidedignos ou compreensíveis, a enfermeira poderá super ou subvalorizar os problemas, por não ter parâmetros concretos para análise e avaliação da assistência.

Para Fortes (1997), a anotação de enfermagem é o registro de informações relativas ao paciente, organizadas de forma a reproduzir os fatos na ordem em que eles se sucedem. As anotações de enfermagem são utilizadas para registrar os tratamentos de enfermagem, a resposta dos pacientes a tratamentos e as observações sobre os pacientes.

Assim, é assegurado pelo órgão fiscalizador a recomendação, no mínimo, de uma narrativa escrita por plantão.

### **Narração Escrita apresenta** foram doze itens pesquisados

Quadro 8- Frequência dos registros de enfermagem referentes à narração escrita de pacientes nas Unidades de Internação do Hospital Escola. Sorocaba, 2014

<b>Narração Escrita Apresenta:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Corretivo	1	1%
Rabiscada	2	2%
Sem Presença de Espaço	3	3%
Rasuras	5	5%
Sem Efeito	14	7%
Ilegível	16	8%
Erros Ortográficos	21	11%
Sem Rasuras	23	12%

Com Presença de Espaço	25	13%
Horário da Anotação	27	14%
Rubrica do Funcionário	27	14%
Número do COREN e Categoria	27	14%

Fonte: Adrielen M., Fábio L. e Verônica S.

Segundo os dados apresentados, as narrações escritas demonstram uma dificuldade quanto à compreensão e articulação do contexto em que o cliente está envolvido durante o período de internação. Considerando 40 prontuários, apenas em 14% foram registrados os horários das anotações, 14% rubrica do funcionário, 14% número do COREN e categoria, 13% com presença de espaço, 2% sem presença de espaço, 3% de rasuras, 12% sem rasuras, 7% sem efeito, 1% rabiscada, 1% uso de corretivo, 11% de erros ortográficos e 8% eram letras ilegíveis.

É importante o profissional de enfermagem entender o porquê e o que está escrevendo. Segundo Ochoa (2001, p.392-93) as narrações devem ser realizadas de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão, já que para os registros se tornarem eficazes é necessário que a redação seja completa, legível, discreta, não contenham erros ou rasuras, nem espaços em branco e que, ao final, contenham a assinatura legível de quem redigiu. Portanto, quando um prontuário está escasso de registro de enfermagem ele se torna inadequado e acaba comprometendo a assistência prestada ao cliente, bem como a instituição e a equipe de enfermagem.

A importância do registro de enfermagem está relacionada ao modo como o profissional de enfermagem exerce a assistência prestada quanto à qualidade.

Os resultados encontrados evidenciaram dificuldades dos profissionais com os registros de Enfermagem pertinentes e necessários, enquanto, os pacientes se encontram internados sob a responsabilidade da Instituição.

Vários fatores podem estar contribuindo com essas lacunas: o nível de formação profissional, a rotatividade de funcionários e, provavelmente, a falta de conscientização sobre a importância real de responder as seguintes questões:

- o que anotar,
- quando,
- onde,
- como,

- para quê e,
- quando deve anotar.

Apesar dos esforços do órgão fiscalizador do exercício profissional, dos textos produzidos para orientar o profissional no trabalho diário, do setor de Educação Continuada da Instituição investindo na educação da área, existem deficiências consideráveis nos registros pesquisados.

Os pesquisadores envolvidos neste estudo oferecem como sugestão, para contribuir com os profissionais de Enfermagem, um quadro contendo orientações de conteúdo para anotações de diferentes situações vivenciadas no desenvolvimento da prática de Enfermagem (Apêndice). Há que se disponibilizar modelos de anotações, com itens indispensáveis, porém, de fácil e rápido acesso para consultas.

Os treinamentos, os textos, os protocolos entre outras iniciativas, provavelmente, não tenham conseguido atingir um melhor nível de registros.

## 4. CONCLUSÃO

O tema escolhido para este estudo nos conduziu a reflexão das nossas ações frente aos registros de Enfermagem, além, da oportunidade de expandir o conhecimento sobre as anotações durante as práticas profissionais, nas diferentes Unidades da área hospitalar.

As contribuições para a nossa formação foram significativas começando pelas referências identificadas e pelos conhecimentos adquiridos e ou reforçados durante o processo de pesquisa.

Essa atividade é essencial para a qualidade da assistência e colabora com os enfermeiros na elaboração do Processo de Enfermagem. Mas, apesar dessa importância largamente difundida, não foi constatada na prática o comprometimento da equipe em refletir os cuidados efetivamente realizados. Com todo o investimento sobre o tema, ainda se encontram deficiências e a falta de envolvimento com a imagem da profissão. Os dados levantados apontam para a necessidade de uma mudança efetiva junto àqueles que estão inseridos na Enfermagem.

Caberá a cada enfermeiro encontrar um novo caminho para esclarecer, orientar, ensinar, supervisionar e avaliar, constantemente, os registros e a sua contribuição para refletir a assistência prestada.

Para Cianciarullo (1997) a Anotação de Enfermagem é um instrumento fundamental para o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a sua continuidade. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados. Neste caso, as informações tanto da assistência prestada, quanto a evolução do paciente, tornar-se-ia um documento de defesa dos profissionais de saúde.

Na verdade, o que não está escrito não foi realizado. Muitas vezes, os cuidados são prestados, porém, como não são registrados corretamente ou mesmo não são anotados, deixam de refletir verdadeiramente os cuidados realizados.

O déficit de informações escritas pode ser analisado, de diversas maneiras como dificuldade de compreensão dos profissionais de Enfermagem ao manusear a

SAE; a negligência do profissional ao elaborar um registro, mesmo tendo ciência das normas estabelecidas pelo Conselho Regional de Enfermagem; a não capacitação frequente dos profissionais quanto ao como fazer um registro completo e eficaz; a grande demanda de clientes que impossibilita registrar com eficiência todos os dados do cliente e, por fim, a rotatividade de profissionais de Enfermagem.

O retrato da assistência, no campo pesquisado, está desfocado e necessita de investimentos para conseguir a nitidez do trabalho realizado.

Concluimos com a fala de Santos (2005):

“A anotação de Enfermagem torna visível o trabalho invisível da Enfermagem diante do sistema de informação hospitalar e do registro no prontuário...”

## REFERÊNCIAS

AMANTE, L.N.; ROSETTO P. A., SCHNEIDER D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria da Wanda Horta, **Rev Esc Enferm USP**, 2009; p. 57.

ANDRADE, J.S.; et.al. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paul Enferm.** v. 17, p. 311-5; 2004.

BORSATO, G. F.; et.al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem** [On-line] 2011, 24 sem mês. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023874013>> ISSN 0103-2100. Acesso em: 2014.

BRASIL. Leis e Decretos. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Brasília: **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro de 1940.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 2014.

CANAVEZI, C. M.; BARBA, L. D. **Anotações de Enfermagem**: aspectos legais dos Registros de Enfermagem. COREN- SP: 2011.

CARRARA, D. Comunicação e Segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S (Org.). COREN-SP. **Enfermagem Dia a Dia**: Segurança do Paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009; p. 171-180.

CIANCIARULLO, T. I. **C&Q**: Teoria e Prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007**, que dispõe sobre Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. art.25. Acesso em: 2014

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 429, de 30 maio 2012**, dispõe sobre o registro profissionais no prontuário do paciente e, em outros documentos próprios da enfermagem, independente .Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br>. Acesso em:/2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009**, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 2014

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório?** set. 2012. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>., Acesso em: 2014.

FIDELIS, W. M. Z.; FORTES, J. I. A Comunicação e o Registro nas Instituições de Saúde. In: RODRIGUES, A. B. et al. **O Guia da Enfermagem**: fundamentos para a assistência. São Paulo: Iátria, 2008. p. 55-61.

FONTES, M. C. F. **Comunicação escrita**: anotação do Enfermeiro em uma unidade de Terapia Intensiva (Mestrado). Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paul. Enferm.** [online]. ISSN 0103-2100.v.25, nº 2, p 163-170;2012.

ITO, E. E. et al. **Anotação de Enfermagem**: reflexo do cuidado. São Paulo: Martinari, 2011.

MARIN, H.F. et.al. Building standard based nursing informationsystems. Pan American Health Organization; WorldHealth Organization; **Division of Health Systems and Services Development**. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2001.

POSSARI, J. F. **Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2005.

SANTOS, S. R. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explícito. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, nº 1, p. 100-4; 2005.

SILVA, C. R. L. da; SILVA, R. C. L. da; VIANA, L. V. **Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde e Principais Legislações de Enfermagem**. 4.ed. rev.e atual. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

SOUSA, A. G. M. R.; AYOUB, A. C. **Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2013; p.156-64.

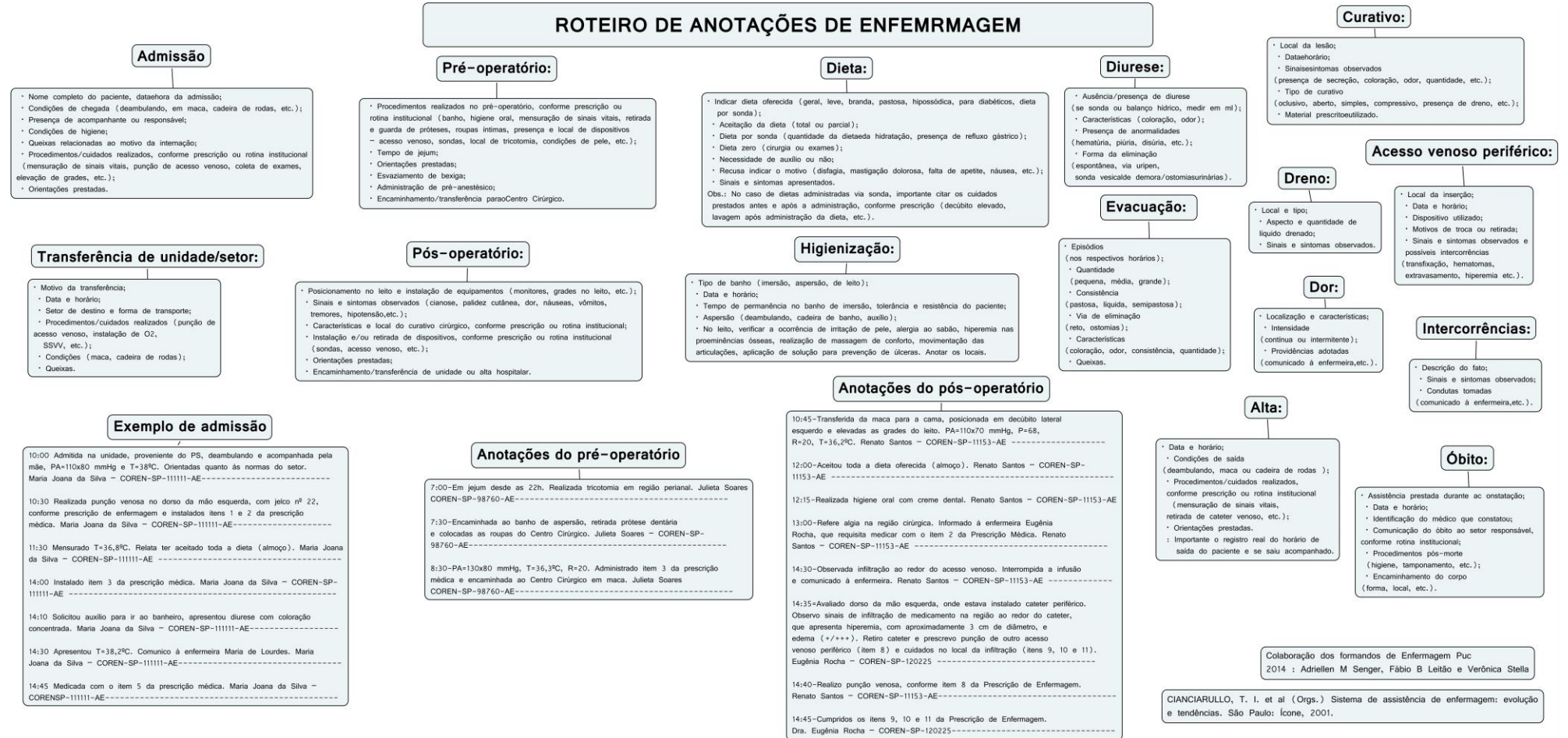
OCHOA- VIGO, K; *et.al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, nº 4, p. 390-8;2001.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v11, nº.2, p 184-191; 2003. ISSN 0104-1169. Disponível no site: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200007>. Acesso em: 2014.

OGUISSO, T. **Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente**. Tese livre docência. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1975.

# APÊNDICE

## ROTEIRO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



# ANEXOS

## Anexo A

### Instrumento de Coleta de dados

Prontuário \_\_\_\_\_

Unidade de Internação \_\_\_\_\_

Data da internação \_\_\_\_\_ Data de saída \_\_\_\_\_

Nº de registros durante internação \_\_\_\_\_

#### 1 Registros de admissão

Estado geral:

Deambula ( ) \_\_\_\_\_ Humor( ) \_\_\_\_\_ Comunicação ( ) \_\_\_\_\_  
Sinais e Sintomas( ) \_\_\_\_\_ Acompanhado ou não( ) \_\_\_\_\_  
SSVV de entrada( ) \_\_\_\_\_ Data de entrada na unidade( ) \_\_\_\_\_  
Horário de entrada na unidade( ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2 Registros dos acompanhamentos durante o período de internação

Sono e repouso ( ) \_\_\_\_\_ Nutrição( ) \_\_\_\_\_  
Eliminações vesicais( ) \_\_\_\_\_  
Terapêutica medicamentosa, horários checados( ) não checados( ) bolados( ), rubricados( )  
relatos de não administrados( ) \_\_\_\_\_

Anotações referentes à resposta terapêutica

Curativos( ) \_\_\_\_\_ Drenagens( ) \_\_\_\_\_ Irrigações( ) \_\_\_\_\_  
Lavagens( ) \_\_\_\_\_ Locomoções e motilidade( ) \_\_\_\_\_  
SSVV( ) \_\_\_\_\_ Integridade cutâneo/ mucosas( ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3 Registros de saída da instituição

Alta para a residência ( ) Transferência para outra instituição ( ) Óbito ( )

Condições de saída: Deambulando ( ) \_\_\_\_\_ Acompanhado( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Em processo de recuperação( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_  
 Continuar o tratamento em outra instituição( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Controle de SSVV( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Orientações de alta( ) \_\_\_\_\_ Data de saída( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Hora de saída( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4 Registros de encaminhamento (para outros serviços ou unidade dentro ou fora da instituição: imagem, centro cirúrgico, Centro obstétrico, Hemodiálise etc.**

Horário( ) \_\_\_\_\_ SSVV( ) \_\_\_\_\_ Condições físicas e mentais( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Acompanhamentos de funcionários( ) \_\_\_\_\_ Motivo de saída( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5 Registros de retorno**

Horário( ) \_\_\_\_\_ SSVV( ) \_\_\_\_\_ Condições físicas e mentais( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Acompanhamentos de funcionário( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

Orientações quanto cuidados posteriores, repouso, sangramentos, alimentação, nível de consciência, locomoção e motilidade( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6 Registros de Procedência, quando vem de outra unidade**

Unidade de procedência ( ) \_\_\_\_\_ SSVV( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

Portador de cateteres, curativos e drenos ( ) \_\_\_\_\_ Condições gerais( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Estado mental( ) \_\_\_\_\_ Tipo de locomoção( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 7 Registros de transferência

Horário ( ) \_\_\_\_\_ Data( ) \_\_\_\_\_ Destino( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Condições físicas( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ SSVV( ) \_\_\_\_\_  
 Acompanhamento( ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 8 Registro de óbito

Data ( ) \_\_\_\_\_ Hora( ) \_\_\_\_\_ Causa( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Constatação do óbito( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Transferência do corpo( ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 9 Identificação completa do paciente no impresso, cabeçalho

Etiqueta do computador( ) \_\_\_\_\_ Preenchimento manual( ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 10 Horários das verificações dos controles específicos Presentes em:

Toda as anotações( ) \_\_\_\_\_

Em partes das anotações( ) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 11 Medicações e cuidados prestados:

Checados e rubricados( ) \_\_\_\_\_ Checados( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Legível( ) \_\_\_\_\_

Ilegível( ) \_\_\_\_\_

Não administrado( ) \_\_\_\_\_ Bolado( ) \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_ Justificado( ) \_\_\_\_\_

) \_\_\_\_\_

—

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 Quantidade de registros na forma narrativa por plantão :**

Uma( ) \_\_\_\_\_ Duas(

) \_\_\_\_\_ três ou mais(

) \_\_\_\_\_

—

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13 Narração escrita apresenta**

Horário da anotação( ) \_\_\_\_\_ rubrica do funcionário(

) \_\_\_\_\_ Número do COREM e categoria(

) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14 Espaços entre as anotações**

Com presença de espaços( ) \_\_\_\_\_ Sem presença de espaços(

) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15 Rasuras**

Presentes( ) \_\_\_\_\_

Ausentes(

) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16 Anotações corretas identificadas**

Sem efeito( ) \_\_\_\_\_

Rabiscada(

) \_\_\_\_\_

Corretivo(

) \_\_\_\_\_

Erros

ortográficos(

) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_