

REGISTROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING TEAM RECORDS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

REGISTROS DEL EQUIPO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Theo Duarte da Costa¹
Adriana Gonçalves de Barros²
Viviane Euzébia Pereira Santos³

O registro de enfermagem constitui-se em uma forma de comunicação escrita que aborda informações relacionadas ao paciente e aos seus cuidados, devendo ser realizado de maneira clara e concisa, possibilitando melhor interação entre os participantes da equipe de saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar os registros de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de uma instituição privada do estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório, realizado em 2011. Os resultados demonstraram que os registros efetuados no período de atuação de cada equipe retratavam um olhar pouco sólido acerca dos cuidados prestados, sendo levado em consideração apenas o que era captado com os olhos no momento da aproximação profissional. Concluiu-se que são necessárias intervenções em prol da melhoria na eficiência, eficácia e efetividade da assistência, com o intuito de preparar os profissionais para atuarem com vistas à segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

Nursing records are a form of written communication that address information related to the patients and their care, and must be performed in a clear and concise manner, enabling better interaction among the members of health care team. The aim of this research was to analyze the records in a Nursing Registers at an Intensive Care Unit of a private institution in the state of Rio Grande do Norte. This was a qualitative study of descriptive and exploratory nature, conducted in 2011. The results showed that the records made in the period of performance of each team depicted a not very solid outlook on the care rendered, considering only what was captured at the moment of the professional approach. It is concluded that interventions are necessary in order to improve efficiency, efficacy and effectiveness of nurse care, with the aim of preparing professionals to work with concerns on the safety of the patients.

KEY WORDS: Intensive Care Units. Nursing. Team. Nursing care.

El registro de enfermería es una forma de comunicación escrita que aborda informaciones relacionadas al paciente y a su cuidado, y se debe hacer de una manera clara y concisa, posibilitando una mejor interacción entre los miembros del equipo de salud. El objetivo de esta investigación fue analizar los registros de Enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos de una institución privada en el estado de Rio Grande do Norte. Se trata de un estudio cualitativo del tipo descriptivo-exploratorio, realizado en 2011. Los resultados mostraron que los registros efectuados en el plazo de ejecución de cada equipo retrataron una mirada poco sólida acerca de los cuidados prestados, teniendo en cuenta solamente lo que fue captado con los ojos en el momento de la aproximación profesional. Por lo tanto, se concluye que son necesarias intervenciones con el fin de mejorar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la atención, con el objetivo de preparar a los profesionales para trabajar teniendo en cuenta la seguridad del paciente.

PALABRAS-CLAVE: Unidades de Cuidados Intensivos. Grupo de enfermería. Atención de enfermería.

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança, Tecnologias em Saúde e Enfermagem da UFRN. theodcj@hotmail.com

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança, Tecnologias em Saúde e Enfermagem da UFRN. adrianna_agb@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança, Tecnologias em Saúde e Enfermagem da UFRN. vivianeepsantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço de alta complexidade assistencial. O profissional nele inserido tem sua rotina de trabalho relacionada à manutenção da estabilidade das funções vitais da pessoa assistida em condições clínicas que exigem atividades baseadas em conhecimentos altamente especializados, aparatos tecnológicos, além da tensão e responsabilidade inerentes ao setor.

Sousa, Sasso, Barra (2012) descrevem as UTIs como ambientes em que é essencial preocupar-se com a segurança do paciente, pois a complexidade dos materiais e as técnicas utilizadas, bem como a gravidade de sua condição e seu estado de saúde, reforçam a importância da existência de estruturas que subsidiem decisões direcionadas para se promover o cuidado seguro. Assim, a UTI foi criada na perspectiva de atender às pessoas que necessitassem de observação contínua e de cuidados tecnológicos avançados, por meio de profissionais especializados.

Marques et al. (2008) trazem que, na UTI, a assistência de Enfermagem está sofrendo mudanças para a melhoria do serviço, baseadas na implantação e execução de práticas mais seguras, como a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE). Com isso, o enfermeiro pode melhorar suas intervenções dentro da UTI, proporcionando um atendimento mais humanizado e organizado, isto é, com mais qualidade para o doente e sua família.

Franco, Akemi, D'Inocento (2012) demonstram que o registro de enfermagem é um dos meios pelo qual a equipe de enfermagem pode garantir uma qualidade da assistência relevante, possibilitando a prevenção de eventos adversos e até mesmo sindicâncias e perícias, podendo amparar juridicamente o profissional e também a instituição. Para tanto, mostra-se necessário intervir, para que sejam apoiadas práticas que contemplem ações seguras à assistência do paciente, sendo a produção dos registros de enfermagem indispensável para tornar o cuidado compreensível e continuado por aqueles que fazem parte da equipe.

Sousa, Sasso, Barra (2012) confirmam que as informações são fundamentais ao cuidado, fortalecendo a enfermagem com evidências clínicas para sustentar as suas contribuições nos resultados do paciente. Portanto, é possível afirmar uma relação entre as informações inerentes ao Processo de Enfermagem (PE), os resultados e a segurança do paciente. Assim, Françolin et al. (2012) defendem que o prontuário do paciente, em sua completude, traz as informações necessárias para dirimir qualquer dúvida que porventura apareça quanto aos procedimentos realizados na assistência ao paciente.

Costa, Paz, Souza (2010) enfatizam a relevância dos registros, enquanto parte integrante do PE, visto que se constituem em fontes de informação para ofertar uma assistência individualizada e de qualidade, focada nas reais necessidades do paciente e possibilitando identificar alterações no seu estado de saúde, tornando possível a avaliação do seu progresso e das suas respostas frente às intervenções instituídas. Também Borsato et al. (2011) referem-se à importância do PE, bem como à seriedade na sua documentação, por permitir a todos os membros da equipe comunicar-se e tomar decisões corretas para a assistência, evitando repetições desnecessárias, mantendo informações importantes e possibilitando a continuidade da assistência.

Sousa, Sasso, Barra (2012), ao observarem que as informações coletadas numa UTI são diversas e de volume considerável, porém anotadas de forma incompleta e pouco estruturadas, consideram a necessidade de modificar-se a atuação da enfermagem no concernente aos prontuários, visto que, por meio dos registros, é possível assegurar a eficiência do cuidado, respaldando-se no conhecimento, nos aspectos éticos e legais, bem como melhorando e apoiando a segurança do paciente, a fim de propiciar o relevante trabalho desenvolvido pela enfermagem. O descaso existente no preenchimento das anotações de enfermagem é destacado também por Françolin et al. (2012), ao ressaltarem que essas, com frequência, não contêm informações

adequadas para apoiar a instituição, a equipe e o paciente.

Com relação à relevância teórica, social e prática, considera-se significativa a problematização de como é interpretada a importância das anotações de enfermagem, bem como realizadas, uma vez que o tema perpassa reflexões sobre a práxis da Enfermagem, sendo de extrema importância a reavaliação do modo como essa acontece nos estabelecimentos de saúde, especificamente no contexto da UTI.

Ademais, do ponto de vista da originalidade desta proposta, observou-se uma literatura de qualidade que discorre sobre a temática, porém em períodos e realidades diferentes. Portanto, acredita-se que os resultados produzidos por este estudo poderão contribuir significativamente para as discussões sobre o cuidar.

A questão norteadora está assim formulada: Como a equipe de enfermagem está realizando seus registros no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva? O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar os registros de Enfermagem em uma UTI de uma instituição privada do estado do Rio Grande do Norte.

REVISÃO DE LITERATURA

A fundadora da Enfermagem moderna, Florence Nightingale, em 1856, em sua obra "Notas sobre a enfermagem", difundiu a utilização dos registros de enfermagem como um dos instrumentos de comunicação entre a equipe de saúde, propondo que os fatos deveriam ser relatados, para que a equipe médica tomasse ciência dos acontecimentos com seu paciente (COSTA et al., 2009).

Tempos depois, no Brasil, Wanda de Aguiar Horta propôs um modelo conceitual de organização da assistência de enfermagem, constituído de seis etapas consecutivas a serem seguidas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem. Tal metodologia permitiu que a equipe tomasse conhecimento das decisões, ações e resultados obtidos por meio da

organização sistematizada do cuidado e do seu registro (VENTURINI; MARCON, 2008).

Dessa forma, os registros de enfermagem possibilitaram não somente a efetividade do processo de comunicação, como também a avaliação da assistência de enfermagem (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAIS, 2008). O registro de enfermagem é definido por Leonard e Dalri (2010) como a forma de comunicação escrita que aborda informações relacionadas ao paciente e aos seus cuidados de maneira clara e concisa, possibilitando o diálogo entre os participantes da equipe de saúde. Esse entendimento é compartilhado por Françolin et al. (2012), ao defini-lo como um documento de relato de todas as ações e atividades realizadas para o cuidado com o paciente, garantindo a comunicação entre a equipe, respaldo legal, segurança nas ações e procedimentos realizados, evitando erros ou omissões de informações que comprometam a segurança do paciente. Também Borsato et al. (2011) declararam que os registros de enfermagem no prontuário devem incluir os problemas frequentemente referidos pelos pacientes. Os autores afirmam que os registros são um reflexo da eficiência e eficácia dos cuidados oferecidos ao cliente. Além disso, Luz, Martins e Dynewicz (2007) destacaram que a elaboração do registro de enfermagem faz parte dos deveres legais do exercício da profissão, sendo um documento legal que não deve conter erros. Se ocorrer algum, deverá ser corrigido de acordo com as orientações de cada instituição. Luz, Martins, Dynewicz (2007) argumentaram que os registros de enfermagem configuram-se, ainda, como instrumento de trabalho para a auditoria, permitindo identificar os pontos fracos que necessitam de melhoria dentro do processo de trabalho em enfermagem, suscitando medidas de aprimoramento do cuidado.

A despeito dessas conceituações, pesquisa efetuada por Matsuda, Carvalho e Évora (2007) observou a baixa frequência das anotações pela equipe de enfermagem, que, frequentemente, limitava-se à repetição das informações, sendo predominantemente voltadas à descrição dos sinais físicos e biológicos do cliente. Estudo realizado por Costa, Paz e Souza (2010) verificou um déficit

na qualidade dos registros, tendo em vista que nem todos os prontuários analisados apresentaram o exame físico registrado pelo enfermeiro. Dessa forma, a escassez de dados ou a incompletude dos registros pode tornar-se um fator impeditivo à assistência individualizada, voltada às reais necessidades do cliente, uma vez que muitas alterações deixam de ser identificadas e registradas. Portanto, faz-se necessário o acesso a informações que sejam fidedignas e relevantes no processo de cuidar, que propiciem práticas mais seguras ao paciente, bem como visibilidade e credibilidade às ações do profissional de enfermagem (SOUZA; SASSO; BARRA, 2012).

Os resultados de um estudo documental feito por Matsuda et al. (2006) apontaram que 80,4% dos enfermeiros não colocaram a data junto aos registros e 72,5% omitiram a hora. Quanto aos auxiliares de enfermagem, 53,5% não mencionaram a data e 90,4% anotaram apenas o período correspondente ao turno, mas não a hora. Também se notou a ocorrência de rasuras efetuadas pelas duas categorias. A forma de correção mais utilizada foi a redação sobreposta à palavra errada. A presença de termos generalizados/evasivos e de siglas/abreviaturas que dificultam/impedem a compreensão dos registros foram frequentes. Esses dados demonstraram que as anotações não são redigidas de maneira sistemática, podendo comprometer a funcionalidade e utilidade desse instrumento de comunicação e de efetivação da qualidade do cuidado.

Em um trabalho cujo objetivo foi identificar e categorizar os motivos de glosas em contas hospitalares em unidades de convênios, por meio da análise de 432 anotações em 144 prontuários de pacientes internados, identificou-se que os problemas mais comuns foram as rasuras nas anotações; letra ilegível; não utilização de toda a extensão do impresso para se realizar a escrita; falta de identificação correta do profissional ao final de cada anotação, principalmente carimbo e assinatura; falta de checagem; checagem incorreta; anotação incompleta de todos os parâmetros dos sinais vitais, entre outros (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Desse modo, a importância dos registros de enfermagem também é evidenciada pelo seu caráter comprobatório, pois indicam que a assistência de enfermagem foi realizada. Cada informação anotada indica uma ação, ou seja, evidencia que os cuidados foram realizados (VENTURINI; MARCON, 2008).

Conforme Resolução n. 191/96 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996), para a execução dos registros de enfermagem, é necessária a atenção para alguns detalhes, tais como: verificar cabeçalho do impresso; deve ser feita em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada no transcorrer deste; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível, para que possa ser entendida por quem a leia; deve seguir uma sequência cefalocaudal; utilizar apenas siglas padronizadas e, ao final de cada anotação, deve conter carimbo, assinatura e número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do profissional que a realizou.

Quanto ao Processo de Enfermagem, a Resolução n. 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) divide-o em cinco etapas: coleta de dados ou histórico, definido como o momento em que o enfermeiro obtém informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença, de forma sistemática; diagnósticos de Enfermagem, definidos como interpretação dos dados e servindo como base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados; prescrição, ações ou intervenções de Enfermagem que serão realizadas com base em determinação das fases anteriores. As duas últimas etapas, implementação e avaliação, correspondem à prática dessas intervenções com a consequente verificação de mudanças nas respostas, para determinar se as ações ou intervenções de Enfermagem alcançaram o resultado esperado, verificando a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem.

Para Sousa, Sasso, Barra (2012), torna-se fundamental a padronização dos dados, para que as

informações sejam repassadas como um conjunto mínimo de dados necessários para o cuidado em saúde, facilitando as ações e a tomada de decisão dos enfermeiros, assim como a realização de pesquisas.

É preciso destacar que o trabalho da enfermagem necessita do registro, para que possa subsidiar as ações, bem como dar sustentabilidade legal às atividades, pois, sem o registro necessário, o trabalho acaba tornando-se invisível, e os resultados provenientes da assistência não podem ser mensurados, o que resulta em impossibilidade de avaliação do impacto dessa assistência.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório, com o objetivo de analisar os registros de Enfermagem em uma UTI. Optou-se pela abordagem qualitativa, tendo em vista que propicia a construção de novos enfoques, revisão e criação de conceitos originais e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008).

O estudo foi realizado em uma instituição privada do estado do Rio Grande do Norte, cuja UTI do hospital possui sete leitos e caracteriza-se como geral, pois trabalha com pacientes graves, independentemente de sua doença. Entretanto, a maioria dos pacientes que essa UTI recebe apresentam problemas cardiovasculares, endócrinos, neurológicos e renais. A escolha do local deu-se pelo fato de o espaço configurar-se como o ambiente de atuação profissional anterior, que proporcionou ao pesquisador maior facilidade no contato com a instituição.

A coleta de dados aconteceu no período de maio a junho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com o parecer n. 021/2011, CAAE 6580.0.000.051-10.

A análise foi baseada nos registros realizados nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem e teve como ênfase a descrição dessas anotações, bem como sua coerência com os referenciais teóricos que delineiam os passos metodológicos para o cumprimento de um registro coerente e fidedigno, enfocando-se os dados

exigidos pelo COFEN. Para tanto, o foco das observações estava centrado nessas anotações e no modo como foram efetuadas, procurando evidências sobre o registro do cuidado. Assim, os dados a serem examinados foram definidos com base em um *check list* previamente elaborado, que continha informações referentes ao histórico de Enfermagem, presença de Diagnósticos de Enfermagem, planejamento/prescrição de Enfermagem, avaliação de Enfermagem quanto aos resultados obtidos, informações subjetivas fornecidas pelo paciente e clareza na documentação.

Nesses impressos, procurou-se identificar as ações que remetiam ao processo de cuidar e à forma como foi relatado. Para tanto, focalizou-se a análise na observação da clareza, objetividade e precisão das anotações, bem como no preenchimento completo dos dados do paciente. Durante essa avaliação, observou-se também a existência do processo de Enfermagem como base para um planejamento assistencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os registros de Enfermagem foram observados e analisados quanto aos aspectos que envolviam uma compreensão holística do ser humano, considerando sua subjetividade e os padrões de anotações de Enfermagem descritos na Resolução n. 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), que orienta como devem ser realizados, focalizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

As anotações feitas durante o período de atuação de cada equipe retrataram ações como o recebimento de cada paciente após o início do plantão, considerando seu estado geral com base em um olhar pouco sólido, levando em conta apenas o que foi captado com os olhos no momento de aproximação do profissional, como um objeto a ser entregue e protocolado. As demais informações adicionadas restringiram-se às alterações do padrão biológico e às visitas de profissionais de outras especialidades médicas.

Essa análise confirma uma visão tecnicista, fragmentada e superficial do paciente, presente

nos achados dos registros, bem como a fragilidade da assistência causada pelo desconhecimento e despreparo de toda a equipe, resultando em uma descontinuidade das ações e trazendo prejuízos para a Enfermagem, que não consegue mostrar-se eficiente. Ressalta-se que o reflexo dessas ações não atinge somente a Enfermagem, mas também o modo como esta põe em prática seus conhecimentos na situação em questão.

Sobre as atividades de registro desenvolvidas pela Enfermagem, Silva et al. (2012), em pesquisa realizada em unidade semi-intensiva, as definem como fragmentadas, superficiais, incompletas, automatizadas e que não retratam a realidade completamente, nem sempre são realizadas de forma consistente, limitando-se às tarefas e rotinas de serviço. Igualmente Françolin et al. (2012) ressaltam a importância de destacar a seriedade das anotações como base para decisões no cuidado, que devem refletir com clareza e objetividade o estado clínico dos pacientes, bem como as ações e os procedimentos realizados.

No concernente às admissões, nesta pesquisa, os registros apresentavam informações sobre local de origem, queixa atual, história progressiva, hábitos de ingestão de álcool e drogas e sinais apresentados na inspeção, não contemplando outros aspectos importantes do exame físico ou aspectos subjetivos do paciente. Sobre a importância do exame físico e de seu registro em prontuário, Costa, Paz, Souza (2010) argumentam que possibilita a análise da assistência prestada e estabelece a comunicação de informações pertinentes com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência.

Com relação à posição ética sobre a coleta e anotações desses dados nos prontuários, percebeu-se a existência de negligência, pois não expunham toda a necessidade vigente. Sobre esta questão, Leonard e Dalri (2010) entendem que é um dos aspectos mais importantes e fundamentais, pois diz respeito à sua realização de modo objetivo, aprimorando o processo de trabalho do profissional.

No tocante aos dados dos prontuários referentes à pessoa, família e coletividade foram contempladas parcialmente, pois estavam mais

relacionados ao perfil de doenças preexistentes, comorbidades, hábitos de alimentação, uso de drogas lícitas e ilícitas, tratamentos e história de doenças atuais e progressivas. A realização dessas anotações, em grande parte, era feita pelo técnico de Enfermagem que estava mais próximo do paciente, visto que efetuava a maioria das ações de competência da Enfermagem, como banho no leito, aspiração de secreções, punção venosa. As ações mais complexas, como curativos, troca de acesso venoso em pacientes com fragilidade capilar e troca de sonda vesical, ficavam a cargo dos enfermeiros que, em quase todas as situações, se preocupavam com o fechamento do balanço hídrico ou a admissão de algum paciente.

Silva et al. (2012) encontraram em seu estudo que a equipe técnica de Enfermagem era a que mais anotava no prontuário, e o enfermeiro, pelo fato de desempenhar atribuições prioritariamente burocráticas, não dava a atenção devida ao paciente em relação à composição das anotações de Enfermagem. As autoras entendem que essas ocorrências não se justificam, pois os registros servem para certificar que o cuidado foi executado e também como documento legal para a segurança do próprio profissional que anota. Contudo, as anotações feitas pelos técnicos de Enfermagem serviam apenas para dar recebimento do plantão e confirmar a realização de procedimentos, sem conter dados sobre a opinião ou a condição subjetiva do paciente, tampouco detalhes mais precisos e necessários para uma avaliação da sua condição clínica. Os sinais vitais eram controlados a cada duas horas, rigorosamente, e o material utilizado era o ponto de importância nas anotações, até mais do que os detalhes citados.

Nos registros da Enfermagem da UTI da instituição estudada, não se conseguiu perceber um desenho norteador para o direcionamento da prática. As etapas do PE – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação, descritas na citada Resolução n. 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) e necessárias à efetivação da SAE – não se apresentavam

em sua completude na realidade dessa unidade, sendo, às vezes, inexistentes. Esse resultado confirma os achados de Franco, Akemi e D'Inocento (2012), ao observarem que as etapas da SAE eram realizadas de forma irregular, sugerindo priorização de ações burocráticas e relacionadas apenas ao fazer técnico, distanciando-se cada vez mais do verdadeiro campo de atuação do enfermeiro. Além disso, evidenciam a incoerência entre o trabalho profissional e a disposição do próprio Cofen, no Art. 1º da citada resolução, que enuncia: "O Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem" (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A primeira fase do PE, coleta de dados, não aconteceu com o auxílio de métodos/impressos específicos e foi realizada com base nos conhecimentos de cada enfermeiro atuante, resultando em múltiplas interpretações e dados variados, o que levou a registros de Enfermagem diferenciados, sem um padrão específico, dificultando a comunicação e a continuidade da assistência.

Outros pontos que poderiam ser observados – como traços do perfil psicológico, relacionamento familiar, rotinas, hábitos alimentares e padrão de sono – nem sempre foram elencados nos registros. Alguns profissionais que tinham a concepção de sua importância registraram, mas outros preferiram não documentar. No entanto, as questões subjetivas dos pacientes e familiares não apareceram em nenhum dos registros; foram apenas comunicadas verbalmente, quando alguns enfermeiros perceberam ou compreenderam a necessidade. Com isso, dados primordiais à assistência deixaram de ser relatados nos prontuários, podendo levar a uma dispersão das informações e, conseqüentemente, à perda de relatos importantes para a Enfermagem.

Pinho e Santos (2008), com relação aos registros da Enfermagem, defendem que refletem a habilidade de cuidar, pois o que assinalam são práticas que eximem e fragmentam o sujeito, resumindo-se à atividade parcelar nas práticas de saúde, não se enfatizando englobar as dimensões

das intersubjetividades nem as necessidades do paciente.

A insuficiência dos registros de Enfermagem identificada na fase de coleta de dados comprometeu as demais fases do PE, que foram negligenciadas no que concerne ao seu devido registro documental. Isto porque, como orienta a Resolução 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), as ações de Enfermagem prescritas deveriam decorrer dos diagnósticos de Enfermagem traçados com base na interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, culminando com a tomada de decisão baseada nos achados e transformadas em diagnósticos de Enfermagem, que não eram contemplados nos registros ou mesmo não faziam parte da comunicação entre os profissionais.

A fase de implementação de ações baseadas em diagnósticos de Enfermagem não existia nos prontuários. Havia, porém, o planejamento verbal de cuidados durante o dia a dia, relacionado às avaliações feitas pelos enfermeiros, quando solicitados, tal como identificado na pesquisa de campo, mas não registrado no prontuário.

A fase de avaliação de Enfermagem relacionada aos resultados obtidos com base nas intervenções ou, como pode ser chamada, a evolução da enfermagem, também não estava registrada nos prontuários, o que demonstra a impossibilidade de se conhecer sobre a eficiência das intervenções realizadas durante o cuidado.

Deste modo, pode-se afirmar que os dados registrados nem sempre eram documentados de modo claro e conciso. Por não existir uma normatização ou consenso da Enfermagem sobre o PE e a SAE, não se adotava uma forma de registro uniforme nos documentos, fato que, muitas vezes, resultava em incoerência ou mesmo dificuldade de compreensão sobre a conduta correta a ser tomada para poder avaliar a evolução do paciente.

Pimpão et al. (2010), bem como Leonard e Dalri (2010), concordam que, apesar de as anotações feitas nos prontuários permitirem a todos da equipe tomarem ciência das decisões, ações e resultados obtidos, na prática, porém, parte desses cuidados implementados junto aos pacientes,

como as orientações e os encaminhamentos efetuados pela Enfermagem, não é anotada e, portanto, os prontuários deixam de expressar a extensão, a complexidade e a importância daquilo que foi realizado.

Com relação à SAE, o período de observação foi suficiente para apontar que ela não existia na unidade em questão, não sendo encontrados impressos próprios, fato que se concretiza na comparação errônea entre evolução e anotação, muito comum nos espaços da prática. Outro fator que respaldou esta afirmação foi a inexistência de protocolos ou documentos que especificassem os métodos adotados pela Enfermagem, bem como sua base teórica para aplicação na prática, justificando um trabalho empírico.

Pimpão et al. (2010) ressaltaram a implantação do PE, bem como da SAE, como um meio de fortalecer a profissão, trazendo benefícios para a Enfermagem e demonstrando seu trabalho com base na eficiência e eficácia dos cuidados oferecidos ao paciente, refletidos na sua evolução, melhora, conforto e segurança.

Portanto, a análise dos dados coletados desvela uma atividade profissional que destoa do ideal que preconiza sua “boa prática”, levando insipiência e fragilidade à profissão, além de ineficiência de suas ações, prejuízos e descontentamentos físicos, emocionais e psicológicos daqueles que dependem diretamente desse cuidado.

CONCLUSÃO

A análise dos registros de enfermagem mostrou uma prática insipiente e destoante dos preceitos éticos e legais, fornecidos pela Resolução n. 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), e das evidências de práticas seguras, demonstrando uma documentação falha, que não permitia a continuidade da assistência e levava a práticas propícias a erros e eventos adversos, por não oferecer subsídios para a comunicação entre os profissionais, bem como a aplicação do Processo de Enfermagem. Esta comunicação falha interferia diretamente nas condições seguras de cuidado, uma vez que podiam resultar em dúvidas e imprecisões

práticas que se refletiam diretamente nas condições de integridade do paciente.

Tendo em vista esses resultados, fica evidente que a equipe de enfermagem da instituição pesquisada necessita de intervenções que proponham uma melhoria na eficiência, eficácia e efetividade da assistência, com base em uma educação continuada e permanente que vise prepará-los para atuarem com vistas à segurança do paciente. Além disso, também se faz necessária a discussão sobre as questões epistemológicas e filosóficas sobre o cuidar, proporcionando uma visão holística do indivíduo aliada a uma prática assistencial de qualidade no tocante às questões subjetivas do ser humano. Para tanto, é importante o apoio de toda a equipe do hospital, permitindo que a enfermagem se estabeleça enquanto profissão indispensável ao cuidado, mostrando sua capacidade com base nos resultados que poderão ser obtidos com as providências necessárias ao atendimento.

As discussões sobre o cuidar e os registros de enfermagem não se esgotam nesta pesquisa, pois a UTI constitui-se em um espaço de atuação com características próprias, sendo uma realidade influenciada pelas particularidades de quem a transforma ou é transformado por ela. Entretanto, não se pode deixar de lembrar que existem fatores comuns que influenciam este e os demais espaços de cuidar da enfermagem, que fazem com que essa intersecção de semelhanças possa auxiliar no desenvolvimento de novos estudos que evidenciem a necessidade de se continuar o aperfeiçoamento/aprofundamento das questões do cuidado e da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BORSATO, Fabiane G. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v. 24 n. 4, p. 527-533, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução n. 191, de 31 de maio de 1996*. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.org.br>>

gov.br/resoluco-cofen-1911996-revogou-resoluco-cofen-1751994_4250.html>. Acesso em: 26 jan. 2013.

_____. *Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 26 jan. 2013.

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2013.

COSTA, Sandra Patricia da; PAZ, Adriana Aparecida; SOUZA, Emiliane N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. *Rev. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, mar. 2010.

FRANCO, Maria Teresa G.; AKEMI, Elizabeth N.; D'INOCENTO, Maria. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012.

LEONARD, Rosana Cláudia de A.; DALRI, Maria Célia B. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. *Cienc. Cuid. Saude*, Maringá, v. 9, n. 4, p. 676-681, out./dez. 2010.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andreia P.; DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev. Eletr. Enferm.*, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 344-361, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2010.

MARQUES, Soraia Matilde et al. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. *REME*, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 469-476, out./dez. 2008.

MATSUDA, Laura M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *REE*, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.

MATSUDA, Laura M.; CARVALHO, Ariana R.S.; ÉVORA, Yolanda D.M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. *Ciênc. Cuidado Saúde*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 337-346, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PIMPÃO, Fernanda D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-10, jul./set. 2010.

PINHO, Leandro B.; SANTOS, Silvia Maria A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 66-72, mar. 2008.

SILVA, Josy Anne et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 576-581, jul./set. 2012.

SOUSA, Paulino Artur F.; SASSO, Grace Teresinha M.D.; BARRA, Daniela C.C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, out./dez. 2012.

VASCONCELOS, Miguel M.; GRIBEL, Else B.; MORAIS, Ilara H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. 173-182, 2008.

VENTURINI, Daniele Aparecida; MARCON, Sonia S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 5, p. 570-577, set./out. 2008.

Submetido: 12/7/2013

Aceito: 6/2/2014