



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Registros de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátrica: estudo descritivo

Ingrid Mayara Almeida Valera¹, Verusca Soares de Souza¹,
Gislene Aparecida Xavier dos Reis¹, Andrea Bernardes²,
Laura Misue Matsuda¹

¹ Universidade Estadual de Maringá

² Universidade de São Paulo

RESUMO

A continuidade do cuidado depende da partilha de informações entre profissionais, que ocorre, sobretudo, por meio de registros. Falhas na transmissão ou recepção das mensagens podem redundar em riscos à segurança dos pacientes e refletir na assistência prestada. **Objetivo:** verificar se os registros de enfermagem em prontuário de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P) correspondem às necessidades de segurança preconizadas na literatura. **Método:** estudo descritivo, quantitativo, através de pesquisa documental nos registros de enfermagem de 92 prontuários, em três UTI-P. **Resultado:** constatou-se que em 21,8% dos registros existiam rasuras e em 26,1% havia ausência de identificação completa do profissional. **Discussão:** registros não devem apresentar rasuras, pois dificultam o planejamento assistencial. Ademais, profissionais devem informar seu nome e número do registro no final das informações anotadas. **Conclusão:** registros apresentaram-se adequados às recomendações de segurança quanto aos itens que os compõem, embora aspectos ainda careçam de atenção pela enfermagem.

Descritores: Comunicação; Registros de Enfermagem; Segurança do Paciente; Terapia Intensiva; Enfermagem Pediátrica.

INTRODUÇÃO

A complexidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e a diversidade de categorias profissionais que interagem sinergicamente entre si para garantir a melhor assistência aos pacientes e, conseqüentemente, sua rápida recuperação, tornam a comunicação eficaz nestes ambientes, um requisito fundamental para a perpetuidade do cuidado transformador^(1,2).

A continuidade da assistência ao paciente no meio hospitalar depende da adequada partilha de informações clínicas entre os profissionais de saúde, de modo que a comunicação ineficaz, advinda de falhas no processo de compartilhamento destas informações, pode traduzir-se em ações inseguras aos pacientes e, em alguns casos, aos próprios cuidadores⁽²⁾.

Em meio ao cenário referido, as informações fidedignas contidas nos registros dos prontuários dos pacientes realizados por profissionais de saúde, em especial aqueles que integram as equipes de enfermagem, constituem-se em ferramentas de comunicação necessárias ao processo de cuidado, tornando-se essenciais às tomadas de decisões terapêuticas assertivas^(3,4).

Notadamente em unidades de cuidados intensivos, a gravidade e a instabilidade das condições de saúde dos pacientes evidenciam a necessidade de medidas que aperfeiçoem a tomada de decisão, voltadas para a promoção da assistência segura⁽⁵⁾, sendo que os registros se apresentam como um instrumento norteador para tais decisões.

A ausência de relatos ou mesmo relatos inadequados ou incompletos, pode culminar, dentre outros efeitos, na duplicação ou não realização de determinados procedimentos e na dificuldade ou impossibilidade de proceder à avaliação do tratamento eleito, interferindo, desse modo, na segurança do paciente e do próprio profissional⁽³⁾.

Além de ser um meio de manutenção da comunicação efetiva e uma responsabilidade delegada aos profissionais de enfermagem por meio de seu Código de Ética Profissional⁽⁶⁾, por conter todas as condutas realizadas pela enfermagem, os registros em prontuário também possuem um caráter de segurança e de defesa dos profissionais que o redigem, por se tratar de um documento legal que respalda, juridicamente, as ações desenvolvidas junto aos pacientes. Por esses motivos, tais registros devem ser sempre 'imbuídos de autenticidade'⁽⁷⁾, preservando, assim, a veracidade dos fatos ocorridos.

Face ao exposto, faz-se primordial o reconhecimento e a valorização dos registros por parte dos profissionais de enfermagem que o executam, dada a sua indispensabilidade permanente no contexto legal e assistencial⁽³⁾.

Reitera-se, portanto, a concreta necessidade de transposição das barreiras que impedem a realização de adequados registros de enfermagem, como o descaso, sobretudo em unidades de atenção à pacientes vulneráveis e em estado grave, como as UTI-P.

Observa-se, também, a falta de visibilidade científica deste recurso, evidenciada pela carência de estudos nos bancos de dados Medline e LILACS, no período de 2005 a 2015, referentes à comunicação e aos registros de enfermagem, associados com a segurança do paciente pediátrico.

Com base no exposto, questiona-se: Como se apresentam os registros de enfermagem realizados em prontuários de crianças internadas em UTI-P? Para responder a essa questão, o presente estudo teve como objetivo verificar se os registros de enfermagem em prontuário de pacientes internados em UTI-P correspondem com as necessidades de segurança preconizadas na literatura.

MÉTODO

Estudo descritivo, quantitativo, com análise documental, desenvolvido entre maio e dezembro de 2015, em três UTI-P de hospitais paranaenses.

A UTI-P I dispõe de 6 leitos e é composta por uma equipe de enfermagem com 11 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. A UTI-P II é composta por 5 leitos e conta com 6 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem e 9 auxiliares de enfermagem. Por fim, a UTI-P III possui 10 leitos e uma equipe composta por 6 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem.

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental em prontuários de pacientes internados nas unidades referidas, utilizando-se um formulário intitulado: "Formulário de Pesquisa Documental em Registros de Enfermagem", elaborado pela autora, com base nas medidas para comunicação efetiva, sugeridas pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo⁽⁸⁾ e também pela literatura alusiva aos temas comunicação e segurança do paciente.

O referido instrumento foi submetido a um teste-piloto e, no final, se constituiu de sete questões fechadas e uma aberta, respectivamente, referentes às características das informações registradas por profissionais de enfermagem nos prontuários e à descrição por extenso das siglas e abreviaturas identificadas nos registros.

Observou-se os registros contidos nos prontuários dos pacientes internados nas UTI-P, que foram registrados exclusivamente por profissionais de enfermagem, durante sete dias seguidos, em cada instituição. Esse período foi determinado com base na experiência profissional dos pesquisadores, que também

exercem ou exerceram atividades assistenciais e consideraram esse tempo como sendo suficiente ao estudo.

Com relação ao tratamento e análise dos dados, estes foram compilados em bancos de dados no *software Microsoft Office Excel 2010*⁹ e, em seguida, analisados por meio de estatística descritiva.

Esta pesquisa faz parte do Projeto intitulado "Gestão em Saúde/Enfermagem: Qualidade e Segurança do Paciente em Hospitais Universitários", aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos/ Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM), sob CAAE nº 32206414.6.1001.0104 e Parecer nº 866.802, de 2014.

RESULTADOS

Analisou-se 92 (100%) prontuários. Destes, 28 (30,4%) eram provenientes da UTI-P I, 28 (30,4%) da UTI-P II e 36 (39,2%) da UTI-P III.

Na Tabela 1, constam informações referentes às características dos registros de enfermagem presentes nos prontuários das unidades investigadas.

Dentre os registros de enfermagem presentes nos prontuários investigados, observou-se que existiam 174 tipos de siglas ou abreviaturas padronizadas, as quais foram observadas 286 vezes nos registros analisados na UTI-P I; 485 na UTI-P II e; 453 na UTI-P III.

DISCUSSÃO

Mediante análise da Tabela 1, constatou-se que as UTI-P I e III apresentavam prontuário manual, contrastando com a realidade evidenciada na UTI-P II, que dispunha deste documento em meio eletrônico.

Tabela 1 - Características dos registros de enfermagem em prontuário de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Paraná, Brasil, 2015.

Características dos últimos RE*	UTI-P I		UTI-P II		UTI-P III		Total	
	no	%	no	%	no	%	no	%
Tipo de prontuário								
Manual	28	100	-	-	36	100	64	69,6
Eletrônico	-	-	28	100	-	-	28	30,4
Ao menos uma evolução de enfermagem nas últimas 24 horas								
Não	-	-	02	7,1	-	-	02	2,2
Sim	28	100	26	92,9	36	100	90	97,8
Data e horário antes do último RE								
Não	-	-	02	7,1	-	-	02	2,2
Sim	28	100	26	92,9	36	100	90	97,8
Letra legível no último RE								
Não	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	25	89,3	-	-	36	100	61	66,3
Parcialmente	03	10,7	-	-	-	-	03	3,3
Não se aplica	-	-	28	100	-	-	28	30,4
Rasuras no último RE								
Não	23	82,1	-	-	21	58,3	44	47,8
Sim	05	17,9	-	-	15	41,7	20	21,8
Não se aplica	-	-	28	100	-	-	28	30,4
Identificação do profissional ao final do último RE								
Sem identificação	-	-	-	-	-	-	-	-
Identificação completa**	05	17,9	28	100	35	97,2	68	73,9
Apenas assinatura	23	82,1	-	-	01	2,8	24	26,1
RE com abreviaturas ou siglas padronizadas								
Não	-	-	02	7,1	-	-	02	2,2
Sim	28	100	26	92,9	36	100	90	97,8

Fonte: Prontuários de pacientes internados nas UTI-P investigadas.

*RE: Registro de Enfermagem

**Pelo menos nome e número do registro profissional

A globalização desencadeou, nos últimos anos, avanços tecnológicos surpreendentes. De modo geral, observa-se que a tecnologia da informação conquistou posição de destaque em diversas áreas, inclusive na saúde, a qual se tornou parte integrante dos cuidados prestados aos pacientes, contribuindo para a eficiência da comunicação nestes locais, reforçando, consequentemente, a segurança do paciente⁽⁹⁾.

Estudo realizado em uma UTI adulto de Minas Gerais, com o objetivo de investigar como os registros manuais de enfermagem eram desenvolvidos, comparando-os com os registros eletrônicos atualmente adotados naquele setor, constatou que o sistema apresentou mais vanta-

gens em detrimento dos relatos manuais, dentre outros motivos, por ser mais preciso, conter avisos que impedem o registro de dados considerados inválidos e possibilitar facilidade para a obtenção de dados para avaliações do serviço⁽¹⁰⁾.

Os profissionais de enfermagem que atuam especialmente em UTI e registram informações de saúde em prontuários, independentemente de manuais ou não, devem primar pela qualidade dos dados informados. Com isso, os registros precisam ser redigidos de forma completa e minuciosa, para, então, poderem contribuir adequadamente para melhorias nas tomadas de decisões e com a qualidade e segurança das atividades executadas⁽⁵⁾.

Em relação à Evolução de Enfermagem, observou-se que, com exceção de apenas dois momentos na UTI-P II, esta constava nos registros dos pacientes das unidades investigadas, o que demonstra o cumprimento e documentação desta importante etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽¹¹⁾.

Ressalta-se que, a Evolução de Enfermagem, quando descrita claramente e interligada às demais etapas da SAE, como o Histórico, Exame físico, Diagnóstico e Prescrição de enfermagem, propicia organização, avaliação e continuidade do atendimento prestado, contribuindo, assim, com a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente⁽¹¹⁾.

Neste estudo, verificou-se que apenas 2 (7,1%) dos últimos registros de enfermagem realizados na UTI-P II não constavam data e horário. Este dado contrasta com a realidade de uma unidade de internação de um hospital carioca, na qual 43,6% e 56,7% dos registros de enfermagem não possuíam, respectivamente, hora e nem tampouco a data⁽¹²⁾.

A literatura^(7,8) preconiza que, para a realização de registros adequados e que, de fato, contribuam com a segurança das ações executadas, é essencial que se coloque, precedendo todos os registros, data e horário em que as informações estão sendo relatadas.

Em relação à legibilidade das informações, na UTI-P I e III, 89,3% e 100% dos relatos, respectivamente, apresentavam letra legível; enquanto que, na UTI-P II, 17,9% dos registros possuíam rasuras, sendo que, na UTI III este número era ainda mais expressivo (41,7%), conforme apontam os resultados descritos na Tabela 1.

Ao analisar isoladamente os registros da UTI-P II que dispõe, como já mencionado anteriormente, de 100% de prontuários eletrônicos, percebe-se que este tipo de recurso proporciona maior segurança ao paciente, pois minimiza dificuldades na leitura e no entendimento dos registros ocasionados por letra ilegível e pela existência de rasuras,

visto que estes agravos não se aplicam à realidade informatizada.

As informações contidas nos registros de enfermagem, além de coerentes, completas, organizadas e reais, também precisam ser legíveis e não possuir rasuras, pois estas podem significar alterações nos dados registrados e, conseqüentemente, invalidar o aspecto legal dos registros, dificultando não apenas possíveis análises, em função de processos jurídicos, como também o próprio planejamento dos cuidados a serem adotados^(12,13). Portanto, em caso de possíveis avaliações de ordem jurídica, a adesão ao prontuário eletrônico, como observado em uma das instituições pesquisadas, pode facilitar e legitimar o processo.

Outra incongruência observada se refere à falta de identificação dos profissionais de enfermagem nos registros, pois se observou que na UTI-P I (82,1%) e na UTI-P III (2,8%) constavam, entre os últimos registros investigados, apenas a assinatura do profissional, o que não é preconizado na literatura como sendo o ideal.

Esclarece-se, neste sentido, que todos os cuidadores de enfermagem devem se identificar ao final de todos os registros efetuados no prontuário do paciente, com ao menos, nome e o número do registro profissional^(7,8) já que estas informações são de extrema importância para a segurança do trabalhador⁽¹³⁾, e mais que isso, do paciente.

Constatou-se também que a adoção de recursos tecnológicos, como prontuários eletrônicos, não descarta o uso de abreviaturas e siglas, já que estas estavam presentes em mais de 90% dos registros em prontuários da UTI-P II. Ademais, visualizou-se a ocorrência de 1.224 siglas e abreviaturas padronizadas em 90 registros investigados nas três unidades. Cabe argumentar, porém, que a utilização indiscriminada de siglas e abreviaturas, quando não padronizada, pode gerar distintas interpretações das informações registradas, prejudicando, portanto, a comunicação eficaz e, conseqüentemente, a segurança dos pacientes⁽¹²⁾.

Identificou-se nos registros, inúmeros símbolos, como vol, +, ↑, ↓, c/, p/, refletindo, certamente, a ampla repercussão e disseminação no cotidiano social, da linguagem utilizada na internet, sobretudo nas redes sociais. Tal fato torna *mister* a atenção e padronização de siglas e abreviaturas nas instituições de saúde, uma vez que estas podem agilizar o procedimento de registro em prontuário, uniformizando-o e prevenindo falhas nas interpretações⁽¹²⁾.

Embora, de modo geral, os resultados tenham demonstrado que a maioria dos itens verificados sobre os registros de enfermagem nas UTI-P estejam adequados em relação aos aspectos de segurança, acredita-se que melhorias ainda podem ser empregadas, por meio de programas de educação permanente junto aos profissionais das equipes de enfermagem^(14,15). Isso porque notou-se que, na realidade de instituições de saúde, sobretudo em setores críticos, toda ferramenta de promoção da continuidade segura do cuidado deve ser valorizada e aprimorada, sempre que possível.

Ao considerar os registros de enfermagem como ferramentas indispensáveis para a atuação da equipe multiprofissional, por fornecer um relatório abrangente das informações relevantes sobre o cuidado ministrado aos pacientes⁽¹⁶⁾, reafirma-se a necessidade imperativa de se (re)valorizar a prática desses registros nos prontuários, em especial dos pacientes pediátricos.

CONCLUSÃO

Observou-se, salvo algumas exceções, que os registros de enfermagem atendiam às recomendações de segurança e adequação sugeridas pela literatura. Contudo, alguns pontos ainda carecem de atenção por parte dos que os executam, como a descrição de data e hora

e a identificação completa do profissional que realizou os registros. Além disso, a presença de rasuras, identificadas essencialmente em registros manuais em detrimento dos eletrônicos, deve ser banida, pois, além de comprometer a qualidade da comunicação entre os cuidadores, podem resultar em prejuízos ao trabalhador, à instituição de saúde e, principalmente, ao paciente.

Para minimizar o quadro apresentado, sugere-se a realização de ações educativas permanentes a todos os profissionais, no sentido de sensibilizá-los acerca da importância e da necessidade dos registros de enfermagem. Sugere-se, também, a adoção, dentro do possível, de registros eletrônicos, que extingam a ocorrência de rasuras e facilitem a análise dos dados. Além disso, propõem-se estudos que estimem diretamente, os erros assistenciais provenientes de falhas nos registros de enfermagem.

Como limitação deste estudo, aponta-se o emprego de análises estatísticas descritivas, que não permitem inferências ou generalizações.

REFERÊNCIAS

1. Paes MR, Maftum MA. Communication between nursing team and patients with mental disorder in an emergency service. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1): 55-61.
2. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014; 90(1061): 149-154.
3. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20(1): 79-83.
4. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Rev. Enferm Revista*. 2012; 15(1): 122-37.

5. Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. *Text Context Nursing* [internet]. 2012 [Cited 2016 Jan 22] 21(4): 971-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_30.pdf
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2007.
7. Conselho Regional de Enfermagem (SP). Anotações de enfermagem. Junho de 2009.
8. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Conselho Regional de Enfermagem (SP). 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo; 2010.
9. Broussard BS, Broussard AB. Using Electronic Communication Safely in Health Care Settings. *Nurs Women's Health*. 2013; 17(1): 59-62.
10. Tannure MC, Lima APS, Oliveira CR, Lima SV, Chianca TCM. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *J. Health Inform*. 2015; 7(3): 69-74.
11. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAZ, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene*. 2012; 13(1): 64-73.
12. Diniz SOS, Silva OS, Figueiredo NMA, Tonini T. Quality of nursing records: analytical reflections on its forms and contents. *Rev Enferm UFPE on line* [internet]. 2015 Oct 9 [Cited 2016 Jan 15] 9(10): 9616-23. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642/pdf_8765.
13. Marinič M. The importance of health records. *Health*. 2015; 7(5): 617-24.
14. Adeleke IT, Adekanye AO, Onawola KA, Okuku AG, Adefemi SA, Erinle SA., et al. Data quality assessment in healthcare: a 365-day chart review of inpatients' health records at a Nigerian tertiary hospital. *J Am Med Inform Assoc*. 2012; 19(6): 1039-1042.
15. Blake-Mowatt C, Lindo JLM, Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *Int Nurs Rev*. 2013; 60(3): 328-334.
16. Geyer N. How important are nursing records? *Prof Nurs Today*. 2015; 19(1): 14-16.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 20/06/2016
 Revisado: 23/05/2017
 Aprovado: 23/05/2017