



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Editorial

Avaliação dos registros de enfermagem em pediatria: estudo descritivo



Gabrieli Patricio Rissi¹, Bianca Machado Cruz Shibukawa¹,
Roberta Tognollo BorottaUema¹, Herbert Leopoldo de Freitas
Goes¹

1 Universidade Estadual de Maringá

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade dos registros de enfermeiros realizados em unidade de internação pediátrica. **Método:** estudo descritivo, transversal, de análise documental. Realizou-se auditoria entre julho a outubro de 2019, extraíndo dados referentes à assistência por meio da qualidade dos registros de enfermeiros. Os dados foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa, além da realização do cálculo de Índice de Positividade. **Resultados:** Foram analisados 1.129 registros realizados pelos enfermeiros em prontuários de 67 crianças e adolescentes. Os registros variaram a sua classificação entre adequado, seguro, limítrofe e sofrível. No contexto geral, os registros refletiram uma assistência sofrível, visto que não foram classificados como de qualidade. **Conclusão:** o registro do enfermeiro evidenciou lacunas na assistência prestada à população pediátrica, evidenciando a necessidade de expor a magnitude do tema aos profissionais diretamente envolvidos, visando a melhoria qualidade da assistência. **Descritores:** Gestão da Qualidade; Melhoria de Qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde; Registros de Enfermagem; Pediatria.

Introdução

A qualidade dos serviços em saúde tem se tornado uma constante preocupação nas pesquisas em enfermagem e muitos profissionais têm se concentrado em apresentar a realidade da assistência em saúde e como a mesma se encontra fragilizada no que tange à qualidade dos cuidados ofertados aos pacientes⁽¹⁾.

A enfermagem se constitui como protagonista no que se refere à qualidade dos cuidados em saúde, sendo este seu principal instrumento de trabalho. Uma das formas fundamentais de proporcionar a qualidade e a continuidade dos mesmos é por meio da transferência de informações sobre a assistência prestada, as quais podem ser utilizadas para programar, analisar e antecipar os cuidados em saúde⁽²⁾.

As informações adquiridas pelos enfermeiros, quando bem documentadas, podem oferecer um conteúdo valioso para o

aperfeiçoamento da tomada de decisão e para as ações em saúde, além de serem fundamentais no planejamento de um atendimento seguro e de qualidade⁽²⁾.

Elas permitem a integração do cuidado beneficiando o paciente, o profissional e a instituição de saúde, além de facilitar a comunicação, estruturar o desenvolvimento da assistência de enfermagem, proporcionar a segurança do paciente, viabilizar dados que promovem a prática baseada em evidências, fornecer dados para a concepção de indicadores de saúde, assegurar e respaldar o comprometimento profissional e, servir como material para pesquisas e documentos legais⁽³⁾.

Estudos mostram que a documentação de enfermagem, muitas vezes, é insatisfatória quanto à realidade dos cuidados oferecidos e tem sido vista como uma fatura de dados carentes de informações, os quais são omissos e não apreciados por outros profissionais de saúde por se tratarem de

documentos com baixa qualidade, eventualmente por não apresentarem cientificidade⁽⁴⁾.

Para ser considerada de qualidade e uma comunicação estruturada e efetiva entre os profissionais, a documentação precisa ser clara, concisa e completa, e também assim promover o planejamento, monitoramento e avaliação dos cuidados em saúde. Uma comunicação ineficaz pode ocasionar incertezas na assistência e, conseqüentemente, comprometer a sua segurança, especialmente quando se trata da população pediátrica, devido às peculiaridades deste público-alvo⁽⁵⁾.

O cuidado dispensado a crianças e adolescentes deve ser circunspecto, pois se trata de uma população frágil e que demanda maior cautela, já que os erros de assistência trazem conseqüências muito mais severas. Ademais, trata-se de uma população que possui dificuldades para expressar seus sintomas com clareza ou, dependendo da faixa etária, não possui

nível de cognição adequado para a comunicação verbal⁽⁶⁾.

Diante das evidências sobre a importância da documentação de enfermagem para melhorar a assistência, especialmente por esta constituir a linha de frente na continuidade do cuidado, e, pela mesma também apresentar vislumbres de falta de comprometimento e de responsabilidade, somado ao fato da população pediátrica ser intensamente vulnerável, desenvolveu-se este estudo, cujo objetivo foi analisar a qualidade dos registros de enfermeiros realizados em unidade de internação pediátrica.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, de análise documental, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em unidade de internação pediátrica de um hospital universitário público localizado no sul do Brasil, que realizava atendimentos a crianças e adolescentes menores de 14 anos.

Realizou-se auditoria entre julho a outubro de 2019 nos prontuários físicos. Destaca-se que os dados foram coletados no período da internação, com a finalidade de acompanhar o processo de internamento da população pediátrica. Portanto, os registros foram analisados diariamente, porém no dia posterior à realização.

A unidade de internação pediátrica estudada apresentava 15 leitos, os quais eram distribuídos em cinco enfermarias com três leitos cada. Entretanto, com o objetivo atender o dimensionamento de pessoal de enfermagem, apenas 12 leitos eram ocupados em condições ideais. As portas de entrada do setor pediátrico referido eram via Ambulatorial, Pronto Socorro, UTI Pediátrica, UTI Neonatal e Clínica Obstétrica.

O sistema de prontuários no hospital em estudo estava em transição, sendo que a equipe médica possuía seus registros em formato eletrônico, ao passo que a equipe de enfermagem

utilizava o preenchimento das informações referentes aos pacientes em prontuários sobre suporte de papel. O prontuário eletrônico ainda não se encontrava completamente presente na unidade hospitalar devido a carência de recursos físicos-materiais.

A população correspondeu a prontuários de crianças e adolescentes internados no setor pediátrico, sendo constituída por 67 prontuários, onde foram analisados todos os registros realizados pelos enfermeiros. Elegeram-se apenas os registros de enfermeiros porque a grande maioria das informações coletadas no estudo devem ser registradas exclusivamente por essa categoria profissional, conforme proposto pelo Conselho Federal de Enfermagem⁽⁷⁾.

Os critérios de inclusão foram prontuários de crianças e adolescentes internados na unidade pediátrica em tratamento clínico ou cirúrgico por no mínimo 72 horas, a fim de possuir registros de cada turno de trabalho.

O instrumento de coleta de dados foi constituído de uma adaptação para a realidade local, com questões avaliativas referentes ao setor pediátrico, devido às particularidades do mesmo diante do cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados. Embora não tenha sido validado, esclarece-se que o mesmo teve como base o estudo de Haddad e Évora (2009)⁽⁸⁾, em que as autoras adotaram os critérios de avaliação proposto por Saupe e Horr (1982)⁽⁹⁾ e Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998)⁽¹⁰⁾.

O formulário foi dividido em duas partes, sendo a primeira referente à caracterização dos pacientes e a segunda referente ao roteiro para auditoria dos registros, a qual possuía duas seções.

Na segunda parte, a primeira seção se refere à qualidade da assistência, onde foram extraídos dados de identificação, procedimentos de admissão, processo de enfermagem e processo de alta/transferência/óbito. Para a classificação da qualidade da

assistência, foram utilizadas as opções de respostas de "sim", "não" e "não se aplica", além de possibilidade de incluir observações.

A segunda seção, ainda da segunda parte do instrumento de coleta, refere-se à qualidade dos registros de enfermagem, onde foram extraídos dados sobre a prescrição e a evolução de enfermagem e processo de alta/transferência/óbito. Para a classificação da qualidade da assistência, utilizou-se as opções de respostas "não se aplica", "preenchimento completo", "incompleto", "incorreto", "não preenchido" e possibilidade de observações.

Com o intuito de esclarecer as pontuações atribuídas é importante ressaltar que foi considerado: "não se aplica" quando os registros eram realizados por estudantes de enfermagem ou não correspondiam à realidade clínica do paciente; "completo" quando todos os registros do dia analisado estavam descritos de

acordo com os critérios de preenchimento pré-estabelecidos; "incompleto" quando um ou mais (exceto todos) registros do dia analisado estavam imprecisos, não descritos em prontuário ou não correspondiam aos critérios de análise; "não preenchido" quando todos os registros do dia analisado não estavam anotados em prontuário; e "incorreto" quando um ou mais registros do dia analisado estavam errados, inadequados ou não correspondiam à realidade clínica e diagnóstica do paciente.

Todos os critérios de preenchimento contidos nesse roteiro eram pertinentes e individualizados de acordo com cada item e questão avaliados no instrumento de auditoria. Para isso, ressalta-se que foi elaborado um instrumento com os critérios singulares a cada aspecto de análise, os quais foram baseados na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979)⁽¹¹⁾.

Para a realização da auditoria, foi utilizada a folha de registros do enfermeiro padronizada na instituição, destinada para preenchimentos referentes à identificação do paciente, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e ficha de controle, a qual incluía sinais vitais, alimentação, ingesta hídrica, eliminações e débitos de drenos e cateteres.

Não houve realização de cálculo amostral, pois todos os registros que se adequaram aos critérios de inclusão no tempo de coleta proposto foram incluídos na amostra. Dessa forma, o encerramento do trabalho de campo se deu quando os pacientes com data de internação em 31 de outubro de 2019 receberam alta hospitalar, portanto o mês de finalização foi o de novembro de 2019.

Os dados coletados foram organizados em planilhas no programa Microsoft Office Excel® 2016. O preenchimento do instrumento de coleta de dados se deu por meio de um roteiro específico elaborado para esse fim.

Para a primeira seção da segunda parte do instrumento de coleta, calculou-se o Índice de Positividade (IP), por meio da frequência relativa e percentual das respostas positivas. Para a classificação da qualidade da assistência, adotou-se os critérios de Saupe e Horr (1982)⁽⁸⁾, desejável (IP de 100%), adequada (IP entre 90 a 99%), segura (IP entre 80 a 89%), limítrofe (entre 71 a 79%) e sofrível (IP < 70%).

Em relação à segunda seção da segunda parte do instrumento de coleta, calculou-se as frequências absoluta e relativa percentual. Para a classificação de qualidade dos registros dos enfermeiros, considerou-se registros de qualidade aqueles itens que apresentavam preenchimento completo > 80%, incompleto <15%, não preenchido <5% e incorreto 0%, de acordo com os parâmetros estabelecidos por Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998)⁽¹⁰⁾.

Torna-se relevante destacar que as respostas "não se aplica", foram

desconsideradas para análise dos resultados. Desse modo, salienta-se que foi possível obter o mesmo número absoluto com percentuais diferentes nos itens analisados, pois cada item continha diferentes quantidades da resposta "não se aplica", devido às particularidades e necessidades de cada paciente.

Os preceitos éticos referentes à pesquisa com seres humanos foram respeitados, de acordo com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAAE: 10381019.8.0000.0104. Todos os responsáveis legais pelas crianças e adolescentes participantes foram esclarecidos quanto ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Totalizaram-se 1.129 registros realizados pelos enfermeiros em

prontuários de 67 crianças e adolescentes. Destes, 561 eram correspondentes às prescrições e 568 às evoluções de enfermagem. O perfil de internação foi predominantemente constituído por crianças do sexo masculino, 40 (59,7%), brancas, 47 (70,1%), e com idade inferior a um ano, 29 (43,3%). No que tange ao perfil clínico, observou-se que os pacientes foram, majoritariamente, admitidos no período noturno, 30 (44,8%), advindos do Pronto Socorro, 38 (56,7%), por internação do tipo cirúrgica, 49 (73,1%), acompanhados pela mãe, 55 (82,1%), com um tempo de hospitalização entre 7 a 10 dias, 29 (43,3%), e receberam alta hospitalar, 65 (97%).

As doenças referentes ao trato respiratório, 21 (31,3%), endócrino-metabólicas, 13 (19,4%), e trato gastrointestinal, 12 (17%), foram as causas mais frequentes da hospitalização. Os dados provenientes da primeira seção do roteiro, referentes à classificação da qualidade da assistência diante dos registros de

enfermagem estão apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Classificação dos registros de enfermeiros em prontuários de crianças e adolescentes internados na clínica pediátrica. Maringá, Paraná, Brasil, 2019.

Registros dos enfermeiros	IP%*	Classificação da assistência**
Dados de identificação		
Identificação correta	75,4	Limitrofe
Identificação completa	10,7	Sofrível
Procedimentos de admissão		
Registro de admissão pelo enfermeiro	89,6	Segura
Registro descreve condições gerais do paciente	63,6	Sofrível
Primeira prescrição pelo enfermeiro de admissão	64,2	Sofrível
Primeira prescrição descreve condições gerais	61,2	Sofrível
Primeira prescrição revela prioridade de atendimento	62,7	Sofrível
Prescrição para prevenção de quedas	34,8	Sofrível
Prescrição para identificação correta	0,0	Sofrível
Prescrição para prevenção de lesões por pressão	28,6	Sofrível
Prescrição de enfermagem		
Presença de prescrição de enfermagem diária	94,6	Adequada
A prescrição indica cuidado individualizado	66,7	Sofrível

Identificação da prescrição	61,6	Sofrível
Evolução de enfermagem		
Presença de evolução de enfermagem diária	96,8	Adequada
A evolução indica cuidado individualizado	68,0	Sofrível
Identificação da evolução	60,4	Sofrível
Diagnóstico de enfermagem		
Presença de diagnóstico de enfermagem diário	5,8	Sofrível
Implementação de cuidados com base nos diagnósticos	80,6	Segura
Processo de alta/transferência		
Presença de registro de alta/transferência	77,4	Limítrofe
Registro de condições físicas e/ou intercorrências	39,6	Sofrível

Notas: *IP: Índice de Positividade; ** Classificação baseada nos critérios de Saupe e Horr(10), os quais classificam a assistência como: 100% Desejável, 90 a 99% Adequada, 80 a 89% Segura, 71 a 79% Limítrofe e <70% Sofrível.

Os resultados permitiram observar que os registros eram efetuados. Com exceção dos dados de identificação e dos diagnósticos de enfermagem, os registros referentes à presença de relatório de admissão, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e alta hospitalar ou transferência interna/externa apresentaram como classificação da assistência: segura, adequada, adequada e limítrofe, respectivamente.

Entretanto, verificou-se que os demais itens de cada tópico refletiram uma assistência sofrível (IP <70%). Assim,

averiguou-se que embora os registros fossem realizados, os mesmos não possuíam individualidade comprometendo a qualidade da assistência e condicionando o registro ao cumprimento da atribuição profissional.

Os relatórios do processo de admissão, apesar de frequentes, apresentavam falhas como, registro tardio por enfermeiros diferentes daqueles que efetuaram a admissão, além de registros inacabados e sem identificação profissional, impossibilitando o reconhecimento do responsável.

A primeira prescrição de enfermagem, idealmente realizada no turno em que o paciente foi admitido foi classificada como sofrível, devido à falta de registro ou mesmo aquelas que continham apenas a palavra rotina.

Os itens referentes às condições gerais do paciente (IP 61,2%) e à prioridade de atendimento (IP 62,7%), demonstraram-se uma lacuna na assistência do enfermeiro, uma vez que são concernentes à realização do exame físico e ao conhecimento do quadro geral e das necessidades individuais de cada paciente, evidenciando a generalização do cuidado, de modo que não foi raro encontrar prescrições de enfermagem com apenas medidas de higiene, controle das funções básicas e vários erros de prescrição, como cuidados para o coto umbilical de recém-nascido que não possuíam coto.

Casos como erro na anotação de diagnósticos, provavelmente por falta de atenção ao que estava escrito, como "condropatia congênita" ao invés de cardiopatia congênita também foram observados. Inúmeros equívocos em dias de pós-operatório, descrições, entre outras, eram frequentes nos registros.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, verificou-se que apenas um profissional executava os mesmos, por isso o índice de positividade sobre a presença de diagnóstico correspondeu a 5,8%. Todavia, a implementação de cuidados com base nesses diagnósticos foi classificada como segura para o paciente assistido, apresentando IP de 80,6%.

No que tange ao processo de alta ou transferência, observou-se que a presença de registro em prontuários foi classificada como limítrofe (IP 77,4%), contudo as condições físicas da criança ou adolescente e as possíveis intercorrências demonstraram falhas, refletindo uma assistência sofrível (IP 39,6%). Sobre isso, identificou-se que muitos registros não possuíam anotações sobre a alta hospitalar e, aqueles que descreviam o recebimento da alta, não registravam as condições físicas.

Com a finalidade de contemplar todos os subtópicos dos itens da segunda seção do roteiro de auditoria, construiu-se a Figura 2.

Figura 2 - Avaliação da qualidade dos registros de enfermeiros em prontuários de crianças e adolescentes internados na clínica pediátrica do hospital em estudo. Maringá, Paraná, Brasil, 2019.

Critérios de avaliação	Completo			Incompleto			Não Preenchido			Incorreto		
	Nº	%	I*	Nº	%	I*	Nº	%	I*	Nº	%	I*
Prescrição												
ID [‡]			-			-						-
profissional	215	51,3	28,7	123	29,4	14,5	51	12,2	-7,3	30	7,2	7,2
			-			-						-
IDP [§]	241	57,5	22,5	128	30,5	15,6	21	5,0	-0,1	29	6,9	6,9
			-			-						-
Higiene oral	276	65,9	14,1	100	23,9	-9,0	24	5,7	-0,8	19	4,5	4,5
			-			-						-
Higiene corpo	299	71,4	-8,6	79	18,9	-4,0	20	4,8	+	21	5,0	5,0
Controle de												-
SV [†]	382	91,2	+	18	4,3	+	18	4,3	+	1	0,2	0,2
												-
Anota diurese	344	82,1	+	36	8,6	+	29	6,9	-2,0	10	2,4	2,4
												-
Registro de EF [‡]	379	90,5	+	15	3,6	+	23	5,5	-0,6	2	0,5	0,5
												-
Anota peso	299	71,9	-8,1	55	13,2	+	59	14,2	-9,3	3	0,7	0,7
												-
Evolução												
			-			-						-
CCI ^l	296	68,0	12,0	87	20,0	-5,1	13	3,0	+	39	9,0	9,0
			-			-						-
Intercorrências	258	58,6	21,4	39	8,9	+	122	27,7	22,8	21	4,8	4,8
			-			-						-
CE ⁺⁺	254	59,1	20,9	96	22,3	-7,4	48	11,2	-6,3	32	7,4	7,4
			-			-						-
Emocional	168	38,6	41,4	66	15,2	-0,3	193	44,4	39,5	8	1,8	1,8
			-			-						-
Exame físico	47	10,9	69,1	228	52,8	37,9	132	30,6	25,7	25	5,8	5,8
												-
Alta												
			-			-						-
OCD ^{§§}	12	18,5	61,5	6	9,2	+	46	70,8	65,9	1	1,5	1,5
			-			-						-
OASCR ⁺⁺	3	4,5	75,5	0	0,0	+	62	93,9	89,0	1	1,5	1,5

Legenda: I*: índice de positividade. ID‡ profissional: identificação profissional. IDP§: indica dependência do paciente. Controle de SV†: controle de sinais vitais. Registro de EF‡: registro de exame físico. CCI|: cuidado centrado no indivíduo. CE‡‡: curativos e equipamentos. OCD§§: orientações para cuidado domiciliar. OACR††: orientações para acompanhamento nos serviços de contra referência.

Nota: *Índice da diferença dos valores ideais, baseados nos critérios de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni(11), os quais consideram registros de qualidade os itens que apresentarem: Completo > 80%, Incompleto <15%; Não Preenchido < 5% e Incorreto 0%.

No que concerne à prescrição de enfermagem, ressalta-se que a mesma se encontrava presente na unidade hospitalar de forma pré-moldada, onde diversos itens relativos às necessidades básicas gerais, comuns a maioria dos pacientes, possuía a opção apenas de assinalar e aprazar os cuidados a serem realizados para otimizar o trabalho do enfermeiro.

Em relação a prescrição de enfermagem, sobre a presença de identificação profissional, verificou-se que nenhum dos critérios de avaliação apresentou adequação quanto aos parâmetros propostos pela literatura. Observou-se que muitas prescrições de enfermagem não possuíam identificação profissional, rubrica ou carimbo do enfermeiro.

No que diz respeito à indicação de dependência do paciente, chama-se a atenção para a porcentagem incorreta (6,9%), casos onde a prescrição de enfermagem indicava a ações incompatíveis com o grau de habilidade envolvido em cada faixa etária, como encaminhar crianças menores de dois anos para o banho, enquanto a ação correta seria realizar, evidenciando a distração e o mau uso das terminologias que fazem parte do seu cotidiano.

No que se refere a prescrição de verificação de sinais vitais, controle de diurese e eliminações fisiológicas foi

possível observar que tais itens demonstraram conformidade com os critérios de avaliação completo e incompleto, apresentando baixo desacordo com o referencial nas demais possibilidades de resposta.

Em relação à evolução de enfermagem, no que corresponde aos registros de cuidados conforme a necessidade do paciente e de intercorrências com o mesmo, salienta-se que estes obtiveram percentual positivo para os critérios de avaliação não preenchido (3%) e incompleto (8,9%), respectivamente. Contudo, ambos apresentaram percentual incorreto de 9% e 4,8% na mesma ordem.

Sobre o registro de intercorrências na evolução de enfermagem, ressalta-se que o critério de avaliação não preenchido apresentou 22,8% acima do que é recomendado. No que tange aos registros de curativos e/ou equipamentos, destaca-se que não houve concordância de nenhum dos critérios de avaliação, sobressai-se ainda, o percentual de 7,4% para os registros incorretos e 11,2% para os registros não preenchidos.

A esse respeito, observou-se que alguns prontuários apresentavam registros sobre intercorrências com o uso de catéter venoso central por outros profissionais, entretanto a alteração não foi relatada pelo enfermeiro responsável.

É válido salientar que os critérios de preenchimento estabelecidos consideraram a realização do exame físico completo. Nesse sentido, constatou-se que nenhum dos critérios de avaliação atingiram o percentual estabelecido pelos autores. Somente um pequeno número das evoluções de enfermagem possuía informações completas sobre o exame físico do paciente, sendo que maioria das evoluções descreviam parcialmente a realização do mesmo (52,8%).

Evidencia-se também a alta porcentagem de registros não preenchidos (30,6%). O percentual incorreto (5,8%) esteve mais associado a erros de vocabulário, como observado em um registro que descreveu a

ausculta cardíaca com presença de rncos e estertores bilaterais. Entre os erros encontrados, identificou-se que a evolução de enfermagem apresentava imprecisão de algumas terminologias, como confusão entre os termos hipertensão e hipertermia.

Por fim, no que concerne aos registros do enfermeiro sobre o processo de alta ou transferência, averiguou-se que o registro de orientações sobre o cuidado domiciliar e sobre o acompanhamento na contra referência apresentou elevado índice de não preenchimento, correspondendo, respectivamente, a 65,9% e 89% acima do percentual estipulado.

DISCUSSÃO

O prontuário do paciente é um dos principais instrumentos utilizados dentro da assistência principalmente no que tange ao profissional enfermeiro. Por meio dos registros se estabelece uma comunicação contínua entre os profissionais, além de se tratar de um documento legal e um respaldo para toda a equipe⁽¹²⁾.

O período de internação, principalmente dentro dos setores pediátricos, possui média de 10 dias, variando para mais ou para menos, de acordo com o diagnóstico da criança. Portanto, afirma-se que existe um longo período de exposição aos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, aos registros realizados pelo profissional enfermeiro, fato que reforça a necessidade destes serem realizados de forma adequada a fim de favorecer a comunicação interprofissional⁽¹³⁾.

Dentro da rotina assistencial do enfermeiro, além da mensuração de cuidados básicos relacionados à higiene, controle de peso e de dispositivos, tem-se, por outro lado, a realização prática do processo de enfermagem (PE), o qual é composto pelas etapas de histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados. O PE se constitui como um marco dentro da

assistência, pois fornece evidências seguras para o julgamento clínico e para a tomada de decisões diante do diagnóstico do paciente, além de ser o principal indicador de anormalidades durante a internação do mesmo⁽¹⁴⁾.

A organização da assistência realizada com individualidade, somado ao conhecimento científico, enaltece o profissional enfermeiro pelo reconhecimento de que tais parâmetros são fundamentais para o atendimento, pois prevê alterações dos mesmos que permitem a identificação de diversas enfermidades. Ademais, o controle desses parâmetros é essencial para ofertar uma assistência segura e de qualidade⁽¹⁵⁾.

Apesar da importância do PE e conseqüentemente dos registros dentro dos serviços de saúde, tem-se que em muitas situações estes acabam não sendo realizados de forma adequada, além de não receberem a importância necessária para subsidiar a assistência e para respaldar os profissionais que estão atuando diretamente nos cuidados⁽¹⁶⁾.

A falta de registro e até a inadequação dos mesmos resulta em atrasos na assistência direta e na tomada de decisão sobre o tratamento do paciente⁽¹⁷⁾. Ao mesmo tempo, essa situação vai de encontro ao próprio código de ética da profissão, ao afirmar que é dever e responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem registrar informações relativas à sua assistência no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem⁽¹⁷⁾.

Além da falta de anotações também se destacam como falhas ou inadequações do processo de registro a ausência de hora do cuidado, a identificação do profissional responsável, rasuras, dificuldade na caligrafia, impossibilitando entender o que estava escrito e incompletudes nos registros de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Em relação aos motivos pelos quais os registros não são realizados de forma adequada, encontra-se a alta demanda dos serviços, a sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais,

déficit de educação permanente, falta de motivação relacionada às péssimas condições de trabalho, baixa remuneração, complexidade da linguagem e comunicação ineficaz da equipe⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se que o profissional enfermeiro possui a responsabilidade primária de educar e preparar tanto o paciente quanto o seu plano de cuidados, ao mesmo tempo em que capacita sua equipe para que esta também o realize. Quando essas informações não estão registradas, entende-se que as mesmas não foram realizadas⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Uma forma de garantir que a equipe multiprofissional aja de forma adequada na tomada de decisões, alinhe as condutas e, dessa forma, qualifique os cuidados, oferecendo maior segurança para o paciente hospitalizado, é a adoção de normas e protocolos baseados em evidências científicas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Retrata-se a relevância de se difundir entre os profissionais de saúde a magnitude que os registros em prontuários possuem tanto na qualidade da assistência quanto no meio jurídico. Os gestores em saúde devem olhar com maior atenção para o resultado do produto hospitalar gerado pela assistência conduzida pelo enfermeiro, a qual se configura como a protagonista do cuidado⁽¹⁵⁾.

Como fator limitante do estudo, destaca-se a retratação de um único cenário de pesquisa, pois os resultados encontrados podem denotar distanciamento de outras instituições.

CONCLUSÃO

Um dos indicadores da qualidade da assistência em saúde são os registros de enfermagem, em especial o dos enfermeiros. Observou-se, no contexto geral, que os registros dos enfermeiros refletiram uma assistência sofrível, visto que os mesmos não foram classificados como registros de qualidade. Destaca-se a importância da

sensibilização da equipe, a fim de promover uma assistência pautada nos princípios da gestão de qualidade.

Outro ponto a ser considerado é a inclusão do tema de forma pertinente ainda na graduação, para que os enfermeiros ingressem no mercado de trabalho tendo conhecimento suficiente para garantir que a documentação da assistência seja tão bem feita quando o cuidado prestado por ele.

REFERÊNCIAS

11. Adereti CS, Olaogun AA. Use of electronic and paper-based standardized nursing care plans to improve nurses' documentation quality in a nigerian teaching hospital. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2019 [Cited 2019 jun 15];30(4):219–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30525306/> doi: 10.1111/2047-3095.12232
2. González-Samartino M, Delgado-Hito P, Adamuz-Tomás J, Cano MFV, Creus MC, Juvé-Udina M-E. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2018 [Cited 2019 jun 15]; 52:1–7. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100406 doi:10.1590/s1980-220x2017011203306
3. Linch GFC, Lima AAA, Souza EN, Nauderer TM, Paz AA, Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [Cited 2019 jun 15]; 25:(e2938). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2938.pdf> Doi: 10.1590/1518-8345.1986.2938
4. Lindberg MH, Venkateswaran M, Khader KA, Awwad T, Ghanem B, Hijaz T, et al. ERegTime, efficiency of health

information management using an electronic registry for maternal and child health: Protocol for a time-motion study in a cluster randomized trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2019 [Cited 2019 jun 15]; 21(8):1–15. Available from: <https://www.researchprotocols.org/2019/8/e13653/> doi: 10.2196/13653

5. Mihaljevic AL, Schmidt J, Mitzkat A, Probst P, Kenngott T, Mink J, et al. Heidelberger interprofessionelle ausbildungsstation (HIPSTA): a practice-and theory-guided approach to development and implementation of germany's first interprofessional training ward. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2018 aug [Cited 2019 jun 15]; 35(3):1–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30186943/> doi: 10.3205/zma001179

6. Cabero MJ, Guerra JL, Gaité L, Pallezo S, Pulido P, Álvarez L. La experiencia de implantar la norma ISO 9001:2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2018 [Cited 2019 jun 15];33(4):187-92. DOI: 10.1016 / j.jhqr.2018.02.005

7. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [e-book]. Brasília: COFEN; 2016. [cited 2020 nov 17]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>

8. Haddad MCL, Évora YDM. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2009 [Cited 2019 jun 15]; Suplem. 1:45-52. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6559> doi:

<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i0.6559>

9. Saupe R, Horr L. Auditoria em enfermagem. *Rev Ciênc Saúde*. 1982;1(1):23.

10. Cianciarullo Ti, Fugulin Fmt, Andreoni S. C & Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone; 1998. 197p.

11. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EDUSP; 1979. 99 p.

12. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Arreguy-Sena C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [Cited 2019 jun 15];17(2):208-16. doi: 10.15253/2175-6783.2016000200008

13. Parente JSM, Silva FRA. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. *Rev Med da UFC* [Internet]. 2017 [Cited 2019 jun 15]; 57(1):10. Available from: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/19819>

14. Souza VR, Queluci GC, Soares RS, Mendonca AR, Dias SFC. Checklist of Physical Examination: contributions to the teaching of the Fundamentals of Nursing. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 18]; 86:1–8. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/75/386>

15. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital Signs Measurement: an Indicator of Safe Care Delivered To Elderly Patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 18];24(4):1071–8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071

16. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [Cited 2019 jun 15];7(1):24-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028236>

17. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2007 Nov 17 [cited 2020 nov 17]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html

18. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2020 nov 17];73(2):e20180542. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000200156&script=sci_arttext&tlng=pt

19. Mena LS, Silva RC, Porto AR, Zillmer JGV, Barcellos CRB. Peripherally inserted of central catheter of in neonatology: potentials and fragilities according to nurses' perspective. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 nov 17];18(4):0-3. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120020>

20. Vieira GLC, Campos IML, Fernandes BS, Ladeira AG, Pimenta EF. Falls among children and teenagers in hospitals: an integrative literature review. *RECOM*. 2019; 9(e2709):1-9. doi: 10.19175

Contribuições de cada autor para o artigo

1. **Gabrieli Patricio Rissi:**

Planejamento da pesquisa, coleta de dados, tabulação, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

2. **Bianca Machado Cruz**

Shibukawa: Planejamento da pesquisa, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

3. **Roberta Tognollo Borotta**

Uema: Redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

4. **Herbert Leopoldo de Freitas**

Goes: Planejamento da pesquisa e aprovação final da versão a ser publicada.

Recebido: 09/10/2020

Revisado: 11/11/2020

Aprovado: 10/12/2020