



PAGE OF SCIENTIFIC INITIATION

NURSING REGISTERS: SITUATION OF A HOSPITAL OF THE SOUTH OF BRAZIL

REGISTROS DE ENFERMAGEM: SITUAÇÃO DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

REGISTROS DE CUIDADO: SITUACIÓN DE UN HOSPITAL DEL SUR DEL BRASIL

Mágada Tessmann Schwalm¹

ABSTRACT

Objective: To analyze the registers effected by the technician of nursing with regard to description of the patient who arrives in the emergency room. **Method:** This is a qualitative and quantitative study, descriptive. **Results** The sample consisted of 171 records. Data were collected in a county in the southern state of Santa Catarina, in August 2008 on the records of the month of July the same year. The presentation of data was from excel sheets, followed by the thematic analysis⁽¹⁾. **Conclusion:** The date point with respect to incomplete registers, with erasures, that make possible *dúbia* interpretation, without signature of effected who it, characterizing serious imperfections of the nursing registers. **Descriptors:** Nursing, Nursing records, Emergency servicy hospitalar.

RESUMO

Objetivo: Analisar os registros efetuados pelo técnico de Enfermagem com relação à descrição do paciente que chega à sala de emergência. **Método:** Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo. **Resultados:** A amostra foi constituída de 171 prontuários. Os dados foram colhidos em um município do sul do estado de Santa Catarina, no mês de agosto de 2008, referente aos prontuários do mês de julho do mesmo ano. A apresentação dos dados ocorreu a partir de planilhas excel, seguiu-se a análise temática⁽¹⁾. **Conclusão:** Os dados apontam para registros incompletos, com rasuras, que possibilitam *dúbia* interpretação, sem assinatura de quem o efetuou, caracterizando falhas graves dos registros de Enfermagem. **Descritores:** Enfermagem, Registros de Enfermagem, Serviços hospitalares de emergência.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los registros efectuados por el técnico del cuidado con respecto a la descripción del paciente que llega en la sala de urgencias. **Metodo:** Se trata de un estudio cualitativo y cuantitativo, descriptivo. **Resultados:** La muestra consistió en 171 registros. Los datos fueron recolectados en un condado en el estado sureño de Santa Catarina, en agosto de 2008, relativa a los registros del mes de julio del mismo año. La presentación de los datos fue a partir de hojas de Excel, seguido por el análisis temático⁽¹⁾. **Conclusión:** Los datos apuntan a registros incompletos, sin eliminaciones, que permiten una interpretación errónea, no hay ninguna firma de la persona que hizo, con grandes fallas de los registros de enfermería.

¹ Enfermeira, Especialista em UTI e Administração dos Serviços de Saúde Pública e Hospitalar. Mestre em Educação. Doutoranda em Ciências da Saúde. Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem. Membro dos grupos de Pesquisa NEPIES, LADSC e Histórico Cultural. Tutora do PET Saúde. E-mail: mts@unesc.net.

INTRODUÇÃO

Á medida que aprendemos e apreendemos novos conhecimentos, observamos a importância de um registro de enfermagem bem feito; o prontuário, por exemplo, tem valor tanto científico quanto legal, constituindo-se inclusive em documento que protege legalmente o hospital, o médico e o enfermeiro².

Neste caso, como observamos de forma empírica que os registros de enfermagem na sala de emergência apresentam deficiências quanto ao conteúdo, uso de terminologia científica e dados essenciais, questionamos se estes registros não se constituíam em instrumento de acusação ao invés de defesa da própria enfermagem.

A legislação da Enfermagem por meio da Resolução 272/2002 prevê e obriga que os enfermeiros implantem a Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os serviços de saúde desde o ano de 2002. Nesta sistematização está incluso: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e avaliação da assistência. Tais componentes só terão validade se for registrados, caso contrário, nunca existiram. O técnico de enfermagem só poderá desempenhar neste processo a execução da implementação da assistência de enfermagem, a qual necessariamente deverá ser registrada através do registro de Enfermagem.

Desta forma, objetivamos identificar nos registros admissionais dos pacientes atendidos em um serviço de emergência de um hospital do estado de Santa Catarina, desenvolvidos por técnicos de enfermagem atuantes neste serviço, itens presentes nos registros de enfermagem contendo informações que levem à dupla

interpretação dos fatos, como: uso de terminologias científicas adequadas; uso de jargões e abreviaturas não oficiais; identificação do paciente; espaços e linhas em branco; rasuras; assinatura e categoria profissional; sinais Vitais; data e hora do atendimento; procedência; descrição compreensível do estado do paciente; descrição dos procedimentos executados no paciente e descrição dos materiais e equipamentos utilizados pelo paciente^{2,3}.

É importante que sejam utilizados nos registros de enfermagem termos técnicos usuais e por extenso. A quantidade e a qualidade das anotações devem despertar a atenção dos demais profissionais de modo que todos leiam os registros e caracterizem fidedignidade e cientificidade aos dados³.

Cabe lembrar que o conceito de Enfermagem como ciência humana envolve um campo de conhecimento, fundamentação e prática de cuidar, que alcança, desde o estado de saúde até aos estados de doença, mediada por inter-relações pessoais no campo profissional, científico, ético e político⁴.

Com Florence Nightingale, a enfermagem iniciou sua caminhada para adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos. Com esse intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram sendo desenvolvidos com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar essas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizando o processo de enfermagem³.

De modo geral os profissionais de enfermagem limitam-se a anotar no prontuário do paciente os cuidados que se referem ao

cumprimento das prescrições médicas, enquanto as anotações dos cuidados de enfermagem estão quase sempre ausentes. A enfermagem perde sua essência quando só realiza o que o profissional médico prescreve e não incrementa o cuidado com lógica no atendimento³.

Assim, este trabalho incentiva o profissional da Enfermagem a realizar seus registros de forma adequada, seguindo parâmetros estabelecidos pela comunidade científica, expressando a real situação do paciente e permitindo o desenvolvimento do cuidado com maior qualidade a seus pares que darão continuidade ao processo de cuidar.

Os registros de enfermagem e seus aspectos legais

Na enfermagem, desde épocas antigas, percebeu-se a necessidade de registrar informações para posterior análise dos dados, para avaliação dos resultados ou ainda, para atender critérios puramente administrativos e legais.

A Decisão do Conselho Regional do Estado de São Paulo - DIR/001/200, 18 de Janeiro de 2000, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem, pela Decisão CFEN Nº 019/2000, DE 13 de março de 2000, considera: a Documentação de Enfermagem constitui o registro das ações de enfermagem dos sinais, sintomas e reações apresentadas pelo paciente, relativo e reações apresentadas pelo paciente, relativo às condições do mesmo, e/ou execução dos cuidados planejados, em função de um determinado tratamento ou procedimento de diagnóstico e/ou a justificativa da sua não execução e de todas as fases do processo de Sistematização de Assistência de Enfermagem com a finalidade clínica e administrativa.

Para efetuar essa documentação, é necessário o conhecimento técnico-científico do

que anotar; quando, onde, como, para quem e quem deve anotar. Também Normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a Documentação de Enfermagem e resolve que:

O registro deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras; após o registro deve constar a identificação do autor constando nome, COREN-SP e carimbo; o registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, e complementado com data e hora. O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional; O registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria em enfermagem; deve fazer parte do prontuário do paciente e servir de fonte de dados para o processo administrativo, legal, de ensino e pesquisa e podem ser: manual (escrito à tinta e nunca a lápis) ou eletrônico (de acordo com a legislação vigente)¹³.

O século XX apresentou progressivo aumento da complexidade do ambiente hospitalar, transformando-os em verdadeiros centros de alta tecnologia e custo e várias estruturas surgiram para suprir informações para sua gestão. Houve também um desenvolvimento extraordinário na medicina, enfermagem e administração hospitalar com ênfase na história clínica e documentos; transformando este conjunto de anotações de forma digitalizadas como elemento imprescindível a qualquer instituição hospitalar, qual seja o prontuário do paciente³. Salienta-se que este desenvolvimento no que se refere aos registros não ocorreu apenas em São Paulo, mas em muitos

outros Estados, Municípios, ou seja, hospitais que almejam crescimento e melhora de suas ações, necessariamente precisam avaliar e reavaliar sua conduta, neste caso a partir do registro de enfermagem.

Segundo o Conselho federal de Medicina na resolução 1.638/2002 o prontuário consta como:

Documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir dos fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo^{3:45}.

Ele é chamado equivocadamente de prontuário médico, no entanto esta abordagem está se modificando para uma visão ampliada como prontuário do usuário, que é provedor de todas as informações constantes e principal beneficiário deste.

Se o paciente é assistido por uma equipe multiprofissional então, de fato, o prontuário não pode ser denominado como médico e sim como do paciente.

O prontuário tem como finalidades para o paciente, hospital e equipe de saúde^{3:24}:

- a) Os dados contidos no prontuário possibilitam atendimento e obtenção do diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos;
- b) Os registros existentes podem dispensar ou simplificar interrogatório e exames complementares desnecessários, reduzindo o custo do atendimento e também o tempo de permanência no hospital;
- c) Representa grande número de defesa em caso de possíveis prejuízos e de

- reivindicações de direitos perante o médico, o hospital e poderes públicos;
- d) Permite maior rotatividade de pacientes baixando a média de permanência, maior rotatividade de paciente e maior lucro ao hospital;
- e) Reduzir uso indevido de equipamentos e serviços especializados;
- f) É o documento de maior valor para defesa de acusações;
- g) Permite em qualquer tempo o conhecimento exato do tratamento e cuidados despendidos e resultados alcançados;
- h) Demonstra padrão de atendimento prestado pelo hospital;
- i) É instrumento eficiente de intercomunicação interprofissional e permite continuidade do tratamento e cuidados;
- j) Permite a integração da equipe de saúde;
- k) Subsidia a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, procedimentos e resultados evolutivos ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, identificação de novos problemas e condutas diagnósticas e terapêuticas associadas.
- l) Possibilita também o ensino e a pesquisa.

As funções do prontuário se configuram no apoio ao processo de atenção a saúde, servindo como fonte de informações clínica e administrativa para tomada de decisões, é o registro legal das ações da equipe multiprofissional, apóia a pesquisa e promove o ensino e gerenciamento dos serviços³.

Os prontuários podem ser em papel ou eletrônico. Em papel apresenta vantagens como facilidade no manuseio, conteúdo livre, liberdade

de escrita, facilidade de transporte, não exige treinamento especializado e nunca “sai do ar”. O prontuário em papel tem algumas dificuldades como: tem conteúdo livre, preenchimento incompleto leva a ambigüidades, para conteúdos científicos os dados precisam ser transcritos, não permite lembretes aos profissionais, dificuldade de acesso as informações, fragilidade do papel, perdas freqüentes de informações.

O prontuário eletrônico se constitui no conjunto de informações armazenadas digitalmente sobre a vida de um paciente sendo projetado com o propósito de permitir a continuidade da assistência a saúde. Além disso, fornece ao usuário um conjunto completo de informações para a educação e pesquisa.

METODOLOGIA

Pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos^{6:34}. Para cumprir nossos objetivos realizamos uma pesquisa qualitativa, documental, sistemática, dada pelo preenchimento de roteiro pré-elaborado, com as seguintes questões: informações que levem a dupla interpretação dos fatos; uso de terminologias científicas adequadas; uso de jargões e abreviaturas não oficiais; identificação do paciente; espaços e linhas em branco; rasuras; assinatura e categoria profissional; sinais Vitais; data e hora do atendimento; procedência; descrição compreensível do estado do paciente; descrição dos procedimentos executados no paciente e descrição dos materiais e equipamentos utilizados pelo paciente.

Foram analisados 171 prontuários, selecionados a partir dos seguintes critérios:

1. Prontuários com registros efetuados por técnicos de enfermagem;

2. Prontuários com registros admissionais de pacientes atendidos em sala de emergência no período de 01 de agosto de 2008 a 31 de agosto de 2008;

A coleta de dados ocorreu após contato com o Coordenador do Serviço de Emergência de um Hospital de Santa Catarina e obtenção de sua autorização devidamente assinada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo a Resolução do Conselho nacional de saúde 196/96 (protocolo nº 89/2008).

O espaço físico utilizado foi à sala da Coordenação deste serviço. O período da coleta dos dados foi de 03 de setembro a 18 de outubro de 2008.

A análise de dados quantitativos foi desenvolvida por meio de tabulação do programa Excel. No que diz respeito às questões qualitativas, a análise dos resultados ocorreu por classificação de temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste momento apresentamos os dados em forma de Temas, que geraram categorias de análise:

Tema 1 - Informações dos prontuários que levam a dupla interpretação

Foram encontrados registros de técnicos de enfermagem com dupla interpretação em 87,71% dos prontuários de pacientes atendidos na unidade de emergência e 12,28% prontuários com registros que não permitem dupla interpretação, ou seja, registros que possam dar margem a duas verdades, como por exemplo: paciente ora confuso ora lúcido. Os registros de enfermagem são fontes de comunicação eficazes³. Porém para que sejam eficazes é preciso que sejam seguidos alguns

critérios como a escrita ser legível, ou seja, quem lê precisa compreender o que está lendo sem deixar dúvida na medicação ou ação a ser aplicada; os registros de enfermagem precisam ter observações factuais, sem julgamento ou conclusões sem sustentação; incluir data e hora de todas anotações de enfermagem; incluir todas as informações necessárias; documentar as ocorrências com o paciente de forma cronológica; usar apenas abreviaturas padronizadas na instituição, ou seja, se na instituição usa-se como padrão Paciente LCO (Lúcido, Comunicativo e Orientado) então a sigla pode ser utilizada ; assinar cada registro de enfermagem.

O mesmo autor apresenta princípios básicos e regras para os registros de enfermagem, um deles é evitar detalhes que dificultem a análise e como regra, escrever de forma exata, completa, com termos legíveis e evitando informações que possam ter interpretação dúbia como, por exemplo: “bem desenvolvidos”, “postura incorreta”, “ comportamento anormal” Estas requerem julgamento de valores e podem permitir dupla interpretação, que podem gerar ação inadequada da equipe de saúde; nos casos de processos administrativos o juiz perante informações com possibilidade dúbia de interpretação pode avaliar de forma inverídica.

Tema 02 - Terminologias Científicas nos prontuários

Foram encontrados 15,79% dos prontuários com uso de terminologias adequadas e 82,21% com uso de terminologias não adequadas, por exemplo: “Paciente com soluço, dor forte na barriga...”. Estes termos citados não são cientificamente aceitos e sim termos populares de saúde inclusos nos registros dos técnicos de Enfermagem. Por isso estão entre aspas. Os termos científicos que

deveriam ser utilizados são singulto (soluço) e dor abdominal (dor de barriga).

As anotações de enfermagem quando cientificamente estruturadas oferecem subsídios de grande valia para a identificação das demandas terapêuticas do paciente, da família e da comunidade. Permitem o planejamento da assistência a ser prestada e trazem elementos tanto para o ensino quanto para a pesquisa nesta área profissional.

Tema 03 - Jargões e Abreviaturas nos prontuários

Dos prontuários investigados 68,42% não apresentaram uso de jargões e abreviaturas e em 31,57% deles estavam presentes. Exemplificamos as abreviaturas que surgiram: LOC (Lúcido, Orientado e Comunicativo); SIC (Segundo Informações Colhidas), COM (Conforme Prescrição Médica); TCE (Traumatismo Cranioencefálico) dentre outros e jargões (temos pejorativos) como “Hagazão”, “Piti”, dentre outros.

O registro deve estar gramatical e formalmente corretos; a enfermagem deve incorporar somente aquelas abreviações aprovadas no local de trabalho específico e termos como gíria, clichês e rótulos devem ser evitados, a não ser no contexto de uma citação direta do cliente/familiar, sendo assim, deverá estar entre aspas⁵.

Tema 04 - Identificação do paciente nos prontuários

Em 60,81% prontuários havia presente a identificação do paciente e em 39,18% o dado não estava presente.

Sendo o cuidado o foco de atenção da enfermagem, seus profissionais são responsáveis pela produção e gerenciamento de informações que influenciam direta e indiretamente a qualidade e o resultado dos serviços prestados. Os

Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) começaram a ser definidos e implantados para apoiar a prática assistencial e facilitar a atividade do enfermeiro em adquirir, armazenar e analisar dados dos pacientes, com a finalidade de definir as necessidades e o planejamento do cuidado. Os registros precisam ter autoria e ser devidamente assinados, sendo este profissional responsável pelo registro⁷.

Os dezesseis elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem são divididos em três categorias: itens demográficos do cliente ou pacientes (identificação); itens do cuidado (dados do diagnóstico, de intervenção, de resultados e os dados de intensidade do cuidado; e itens do serviço (itens que ligam o profissional do cuidado e o local do serviço de saúde)⁷. Diante disso entendemos que se uma dessas categorias não desenvolver os registros de forma adequada, o conjunto de dados será falho, sendo necessário assim, rever as questões que envolvem estes registros de Enfermagem.

Tema 5- Espaços, Linhas em branco e rasuras nos prontuários

Foram encontrados 15,20% dos prontuários com espaços e linhas em branco e 98,83% dos prontuários com rasuras.

Neste estudo, mesmo sendo prontuário eletrônico encontraram-se espaços entre uma informação e outra; muitos espaços desnecessários, caracterizando assim, uso abusivo de folhas. Os prontuários são impressos e encaminhados ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), por isso, não havia rasuras, pois não permanecem por muito no serviço de emergência e não são manuseados pela equipe.

A tecnologia está presente no prontuário informatizado, porém há situações em que este sistema não se sustenta, como no caso de panes, queda de energia elétrica onde os geradores

elétricos são mantidos para os setores e áreas de risco, assim também são falíveis.

Tema 6- Assinatura e categoria profissional nos prontuários

Dos prontuários avaliados 69,01% não apresentavam assinatura e categoria profissional a que pertenciam e os outros 30,99%, estavam devidamente assinados e identificados. Os prontuários que estavam sem identificação do profissional que efetuou o registro foram identificados pela letra, uma vez que o responsável pela coleta dos dados da pesquisa conhecia a letra dos colegas por atuar profissionalmente no setor de emergência onde foi desenvolvida a pesquisa.

Ressaltamos da importância da assinatura e categoria profissional presentes nos registros, uma vez que frente a processos judiciais torna-se necessário a identificação do responsável pelo cuidado.

Tema 7- Sinais Vitais nos prontuários

Dos 171 prontuários avaliados, 95,32% tinham registrado a pressão arterial, alguns tinham temperatura axilar, mas nenhum prontuário tinha os cinco sinais vitais registrados (Temperatura, Frequência Cardíaca e Respiratória, Pressão arterial e Dor). Oito prontuários não tinham nenhum dos sinais vitais registrados.

A anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação em enfermagem. Constitui-se num meio básico e imprescindível de comunicar entre toda a equipe multiprofissional, promovendo uma assistência integral e qualificada. O registro de enfermagem no prontuário constitui-se em mais um mecanismo de comunicação entre os profissionais; documento de respaldo legal do paciente, suporte para avaliação

do paciente e desenvolvimento da assistência integral, indicador da assistência de enfermagem⁹.

Os sinais vitais fazem parte do conjunto de dados necessário à avaliação clínica que o enfermeiro faz com o paciente a fim de desenvolver os cuidados necessários. É um dos primeiros indicativos da situação dos pacientes.

Tema 8- Data, hora e procedimentos do atendimento nos prontuários

Apenas 41(número exato) dos prontuários não tinham de fato data e horário. A documentação das ações de enfermagem tem se constituído nas últimas décadas foco de diferentes estudos. Falhas têm sido identificadas em seus conteúdos, que na verdade nem sempre refletem a prática¹⁰.

Estes registros podem e devem contemplar procedimentos realizados, descrições de fatos, dados que resultaram da avaliação clínica do paciente e devem por isso ser descritivos, claro, objetivos, assinados, datados e legíveis. Os registros se constituem em dever da equipe de enfermagem e a anotação deve ser completa e perfeita. Assim, podemos dizer que não é apenas uma responsabilidade do enfermeiro, mas da equipe de enfermagem que é coordenada, gerenciada pelo enfermeiro¹¹.

Tema 09- Responsável pela condução dos pacientes ao Serviço

Os dados referentes ao responsável pela condução do paciente ao serviço de emergência encontrado foram: 59,07% dos pacientes foram conduzidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 29,24% pelos bombeiros e 11,69% por familiares.

Nos dias atuais há dois serviços disponíveis na sociedade, responsáveis pelo adentrar nos pacientes nos serviços de emergência: o serviço

do corpo de bombeiros e o serviço do Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Segundo a Resolução 1671/2003, do Conselho Federal de Medicina que regula o APH, um adequado funcionamento do atendimento pré-hospitalar trará diminuição dos riscos em todos os agravos de urgência/emergência e o interesse público na minimização das seqüelas em vítimas de traumas, com conseqüente redução dos custos hospitalares³.

Em especial devido às questões legais é importante que nos registros de enfermagem conste quem foi o responsável pela condução do paciente (vítima) ao serviço de emergência, uma vez que os casos são graves, com alto índice de mortalidade, de envolvimento de terceiros e a característica de mortes violentas.

Também é importante este registro para que a equipe se preciso for, entre em contato para obtenção de maiores dados referente, por exemplo, a biomecânica do trauma que poderá ser um indicativo de lesões não evidenciadas ainda pelos sinais clínicos.

Tema 10- Descrição do Estado do paciente

Chama-se a atenção de que 64,91% dos prontuários apresentaram registros onde o estado clínico do paciente não é compreensível.

Em outra pesquisa realizada, identificaram que os profissionais de enfermagem limitam-se a anotar no prontuário do paciente os cuidados que se referem ao cumprimento das prescrições médicas, enquanto as anotações dos cuidados de enfermagem estão quase sempre ausentes⁽¹²⁾.

São preocupantes os dados encontrados neste estudo que demonstram que em apenas 35,09% dos registros de enfermagem são incompreensíveis no que diz respeito à descrição do estado do paciente.

Na enfermagem é necessária a avaliação

clínica, que ocorrerá pelo saber clínico, para que a equipe possa ser confiante nos esclarecimentos e orientações; ter segurança e certeza no cuidado que presta; o enfermeiro possa ter autonomia na tomada de decisão e manter a equipe tranqüila; ter segurança nas relações interpessoais e discussões em equipe; administrar o cuidado com tranqüilidade e promover menor desgaste no cotidiano profissional¹³.

Se não houver dados registrados como poderá haver avaliação clínica com qualidade e segurança? Se a enfermagem é um serviço contínuo, como haverá prosseguimento das ações e reavaliações que não houver registro de sua situação clínica?

Tema 11- Descrição dos procedimentos, materiais e equipamentos

Organização é um sistema de esforços cooperativos, com normas, métodos e processos de trabalho, atribuições, responsabilidades e poder. Esta regulação, em uma organização demonstra a sua competência. O sistema de acreditação de um serviço surgiu em 1912 na América do Norte. Este diz respeito a ótima qualidade do serviço enfocando o desempenho organizacional e a resolutividade dos serviços tanto médico quanto da enfermagem⁴.

No atendimento de emergência, existem itens e padrões de avaliação classificados por níveis: nível 1 - disponibilidade de recursos humanos, físicos, laboratoriais dentre outros; nível 2 - manual de normas, rotinas e procedimentos, materiais e equipamentos; nível 3 - especialidades que faz uso de protocolos clínicos, materiais, níveis hierárquicos dentre outros.

Dos prontuários pesquisados neste estudo 85,96% estão com procedimento descrito e 151, correspondente a 88,31% com materiais e equipamentos utilizados ausentes. Nestas

condições de que forma o serviço poderá ser acreditado?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo se cumpriu assim como as hipóteses se confirmaram na medida em que se identificaram registros mal elaborados com possibilidade de mais de uma interpretação, com poucas informações do paciente e seu estado clínico, com presença de erros ortográficos, uso de terminologias inadequadas e ausência de dados de extrema relevância no que diz respeito aos aspectos legais (data, hora e assinatura).

A preocupação por uma anotação de enfermagem com qualidade, com destreza, com método científico nos motiva a lutar por registros de enfermagem com mais consistência em termos de conteúdo, forma, entendimento e legibilidade, entre outras características.

Outro aspecto a ser levado em conta é à qualidade no registro de enfermagem. A observação e análise de cada registro apontam deficiências em atitudes basilares nesta profissão. A partir dos dados surgem também algumas questões sobre os profissionais que são lançados no mundo do trabalho: Será que sua formação está sendo de algum modo deficitário neste sentido? De onde vem este déficit no uso de terminologias técnicas e científicas? Porque tantas falhas nos registros dos pacientes neste setor do hospital? São questões que deixamos para uma segunda etapa de pesquisa a ser realizada.

Este estudo contribui para fomentar o processo de educação no que diz respeito aos registros de Enfermagem, tanto nos aspectos legais quanto na continuidade dos serviços de enfermagem pela equipe de trabalho. Contribui também para chamar a atenção dos profissionais formadores de enfermeiros no que tange a essa

atribuição da profissão, pois, conforme já visto acima, o registro pode acabar se tornando uma ferramenta contra ou a favor deste profissional. Além disso, o bom registro contribui para a eficácia na recuperação dos agravos em saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. 86p.
2. Figueiredo NMA. Fundamentos, Conceitos, Situações e exercícios. São Caetano do Sul Difusão; 2003. 143 p.
3. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de Enfermagem. São Paulo: Iátria; 2007.
4. Lima SBS, Erdmann ALA. Enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta paul. enferm. [serial on the Internet]. 2006 Sep [cited 2009 Oct 23] ; 19(3): 271-278. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300003&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002006000300003.
5. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2003 Mar [cited 2009 Oct 23] ; 11(2): 184-191. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200007&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692003000200007.
6. Andrade JS *et al.* A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 311-5, 2004.
7. Silveira D, Tolfo MHF. Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2006 Apr [cited 2009 Oct 23] ; 59(2): 142-147. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200004&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672006000200004.
8. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007;9(2):344-61.
9. Johanson L, Dantas CC, Leite JL, Stipp MAC. Nursing report: its importance in the control and prevention of infections related with veined catheters of clients with HIV/AIDS. In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002 [cited 2009 Oct 24]. Available from: URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100035&lng=en&nrm=van.
10. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007;9(2):344-61.
11. Meneghetti RAS, Rossi LA, Barruffini RCP, Dalri MCB, Ferreira E. Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2005 Sep [cited 2009 Oct 23] 39(3): 268-279. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300004&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342005000300004.
12. Trevizan MA. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade

- de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 1993 Jan [citado 2009 Out 23] ; 1(1): 91-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000100013&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11691993000100013.
13. Costenaro R. Avaliação Clínica do Enfermeiro. Conferência proferida na aula Inaugural do Curso de Enfermagem na Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC; mar. 2008. Criciúma - SC, Brasil; 2008.
14. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN N° 019/2000, de 13 de março de 2000.

Recebido em: 29/11/2010

Aprovado em: 02/12/2010