



REVISTA DE PESQUISA: Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361

RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE RECORDS IN THE AID IN THE RESEARCH WITH THE CLIENT INTERNED: A CASO STUDY

OS REGISTROS NA ASSISTÊNCIA E NA PESQUISA COM O CLIENTE INTERNADO: UM ESTUDO DE CASO

LOS REGISTROS EN LA AYUDA EN LA INVESTIGACIÓN CON EL INTERNED DE CLIENTE: ESTÚDIOS DE CASO

Carolina Fernandes Portella¹, Bianca Alves Gonçalves de Almeida², Osnir Claudiano da Silva Júnior³

ABSTRACT

Objectives: To describe the difficulties of access to customer records in the hospital and discuss the use of medical records to the health team. **Methodology:** this is a theoretical and empirical qualitative, quasi-experimental, non-randomized, retrospective time. **Results:** In this period, the students made a case study, in which encountered difficulties in the phase of data collection due to deficiency in the notes in the charts. This fact served as motivation for the study. **Conclusion:** once again highlighted the many difficulties of access to the patient by nursing students and the relevance of record for the health team is expected to occur greater appreciation of the records to which raise the quality of service and expand research possibilities. **Descriptors:** Case Studies; nursing records; clinic nursing research

RESUMO

Objetivos: descrever as dificuldades de acesso ao prontuário do cliente numa unidade de internação e discutir o uso dos prontuários para a equipe de saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo teórico-empírico de caráter qualitativo, quase-experimental, não-randomizado, em tempo retrospectivo. **Resultados:** neste período, as alunas realizaram um estudo de caso, no qual encontraram dificuldades na fase de coleta de dados devido à deficiência nas anotações nos prontuários. Tal fato serviu como motivação para a realização do estudo. **Conclusão:** uma vez evidenciadas as inúmeras dificuldades de acesso ao prontuário pelas acadêmicas de enfermagem e a relevância do registro para a equipe de saúde, espera-se que ocorra maior valorização do prontuário, a fim de que se eleve a qualidade do serviço prestado e se ampliem as possibilidades de pesquisa. **Descritores:** Estudo de Caso, Registro de Enfermagem, Pesquisa em Enfermagem Clínica.

RESUMEN

Objetivos: Describir las dificultades de acceso a los registros de clientes en el hospital y discutir el uso de registros médicos para el equipo de salud. **Metodología:** este es un teórico y empírico cualitativo, cuasi-experimental, no aleatorio, el tiempo retrospectivo. **Resultados:** En este período, los estudiantes hicieron un estudio de caso, en el que tropezó con dificultades en la fase de recopilación de datos debido a la deficiencia en las notas en las listas. Este hecho sirvió como motivación para el estudio. **Conclusión:** una vez más de manifiesto las numerosas dificultades de acceso al paciente por los estudiantes de enfermería y la pertinencia de récord para el equipo de salud se espera que se produzca una mayor apreciación de los

¹Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO e membro do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem - Laphe. ² Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO e membro do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem - Laphe. ³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO e membro do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem - Laphe.

INTRODUÇÃO

Este estudo resulta da experiência de três acadêmicas de enfermagem durante o ensino prático da disciplina de Semiotécnica de Enfermagem II da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto-EEAP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, num hospital público federal de grande porte no município do Rio de Janeiro, no setor de Plantão Geral, ao longo da realização de um estudo de caso com uma cliente internada, no segundo semestre de 2006.

A coleta de dados para este estudo foi bastante prejudicada pela dificuldade de acesso às informações da cliente em seu prontuário.

Assim, foi decidido discutir a importância do cuidado com as informações como tema deste estudo.

Os problemas e as dificuldades encontradas durante a prática clínica e o desenvolvimento do estudo de caso serviram como fatores motivadores para realização deste trabalho.

Este estudo tem como objetivos: 1) Descrever as dificuldades de acesso ao prontuário do cliente; 2) Discutir o uso dos prontuários para a equipe de saúde.

O estudo se reveste de relevância no intuito de alertar acadêmicos e a equipe de saúde da necessidade de atentar para a qualidade dos registros em documentos que compõem o prontuário do cliente.

O estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo experiências

que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações.

NIGTHINGALE já dizia em “Notas sobre Enfermagem” que era essencial que os fatos observados pelas enfermeiras fossem relatados ao médico de forma precisa e correta¹.

BARRET *apud* Costa argumenta que o prontuário do paciente “tem valores tanto científico como legal”... Constituindo inclusive, um documento que protege legalmente o hospital, o médico e a enfermeira”^{2:3}.

Segundo COSTA papel que desempenhamos na sociedade, de sermos um elemento formador com a responsabilidade precípua de preparar pessoas capazes de promover e restaurar a saúde e não cultivar doença e morte é muito importante^{2:10}.

Assim, os autores acima concordam com o que diz respeito a importância dos registros e do prontuário dos clientes na validação dos serviços prestados tanto pela enfermagem, como para os demais profissionais da área.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-empírico de caráter qualitativo, quase-experimental, não-randomizado, em tempo retrospectivo⁴, cujos dados primários foram coletados através da observação direta e consulta aos documentos integrantes de prontuários dos clientes internados no setor durante 45 dias entre os meses de outubro e novembro de 2006. Os dados foram registrados num diário de campo, discutidos pelo grupo à luz da literatura de enfermagem.

Portella CF, Almeida BAG, Silva Júnior OC.

COSTA afirma que os registros de enfermagem se destinam ao fornecimento de informações relevantes para a elevação da qualidade da assistência, da salvaguarda das ações dos profissionais de enfermagem e no alcance da autonomia profissional^{2:9}.

Por não se caracterizar como uma pesquisa com seres humanos, o trabalho não foi submetido a um comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Na enfermaria em questão havia 16 leitos, além de cerca de 6 macas ocupadas por clientes ao longo da enfermaria à espera de vagas. A equipe de enfermagem era composta por aproximadamente sete profissionais, dentre eles enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Ao refletir sobre essas ações como aspirantes à profissionais de saúde, observam-se condições precárias de trabalho, de modo que estas situações forçam o enfermeiro a exercer funções administrativas, que o distanciam da assistência direta aos clientes.

PAIM em seu estudo identificou a quase ausência de registro de ordens para o cuidado de enfermagem, e destacou que os referidos cuidados eram prestados sem nenhuma prescrição e anotação do que foi efetuado, aparecendo unicamente às execuções das prescrições médicas^{3:12}.

Durante a elaboração do estudo com a cliente, o grupo encontrou dificuldades de leitura dos dados, pois vários deles estavam ilegíveis, incompletos, não datados e sem horários, com uso de siglas não codificadas e ausência de informações de enfermagem. Além disso, as rasuras estão presentes em sua grande maioria. O uso de líquidos corretores de escrita, as letras ilegíveis, o português incorreto e assinaturas incompreensíveis dificultam por demais a comunicação.

The records in the aid ...

É preciso estar consciente que é através dos registros, que o homem perpetua sua história, a ponto da escrita ser marco divisor entre a pré-história e a história, e que os registros, quando ligados ao exercício de uma profissão, permitem conhecer sua trajetória e o papel que ela representa para um determinado grupo social^{2:10}.

Assim sendo, observa-se que os registros de enfermagem estão se tornando cada vez mais

questionáveis, porque ao verificar as informações contidas nos prontuários dos pacientes, vê-se que elas não estão oferecendo subsídios necessários para a continuidade da assistência e os horários que são omitidos, danificam e criam suspeitas sobre a veracidade das informações.

Discussão

A importância do prontuário do cliente:

POTTER & PERRY afirmam que “O registro é um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente”^{5:166}.

Os estudos consultados e a observação direta das fontes mostram que na prática clínica, esse documento não tem merecido a devida atenção, por parte não só da equipe de enfermagem, como também da equipe médica, pois a grande maioria dos profissionais alega falta de tempo e pessoal, chegando a afirmar que é melhor prestar o cuidado e não anotar, do que apenas registrar, sem prestar a assistência adequada².

SCHIMIDT *apud* COSTA afirma que na área da saúde “O prontuário de um paciente é um documento particular que contém informações sistemáticas e criteriosas a respeito da pessoa desse paciente e de sua doença”^{2:32}.

Isso permite manter uma importante comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo assistência adequada pelos diferentes profissionais. Mas para que isso

Portella CF, Almeida BAG, Silva Júnior OC. aconteça, o prontuário deve ser elaborado com certos critérios, contendo dados de identificação, a evolução da doença, a assistência de enfermagem prestada e as intercorrências no processo.

Pode-se ressaltar a importância do prontuário tanto para a instituição de saúde, quanto para o ensino e a pesquisa, assim como

para os serviços de saúde pública e como documento legal, pois prova, pelos dados ali escritos, a qualidade da assistência prestada ao paciente durante seu tratamento.

Aspectos técnicos do registro:

Apesar das anotações de enfermagem representarem elementos fundamentais para a eficácia do tratamento do paciente, ainda se encontram problemas como anotações subjetivas, sem qualquer critério ou mesmo sem metodologia científica, expressões como “inalterado”, “passando bem”, “sem anormalidades”, “efeito bom”, além do uso indiscriminado das siglas não padronizadas e desconhecidas^{2:32}.

Ao investigar os registros de enfermagem, CALDAS *apud* FRANCISCO, constatou que o processo de enfermagem não era aplicado por nenhum dos enfermeiros responsáveis por unidades de internações médicas e cirúrgicas, sendo de uso habitual dos instrumentos: a folha única (96,1%), o balanço hídrico (78,2%), e o gráfico de sinais vitais (74,35%)^{6:13}.

Estas situações continuam presentes mais de uma década depois de identificadas e relatadas pelos autores acima, indicando que a enfermagem ainda não dá o devido valor ao registro das informações acerca do paciente.

McNABB *apud* COSTA afirma que “o que não está escrito, não aconteceu”^{2:5}.

De acordo com os autores citados e a data das publicações dos trabalhos, percebe-se que há muito tempo enfatiza-se o valor do prontuário do paciente. Podemos perceber a longa e constante

The records in the aid ... preocupação em relação aos registros dos enfermeiros, nestes estudos.

Observamos que a literatura não aponta roteiros rígidos para a elaboração de prontuários, entretanto, existem indicativos para direcionar os registros de enfermagem. Estes estão expressos nas seguintes recomendações: que as anotações devem ser precisas, claras, corretas, objetivas

descritivas, completas, com letra legível, atendendo as regras gerais da língua portuguesa, datadas, sem rasuras, nem espaços em branco e conter assinaturas.

É importante lembrar que a responsabilidade da maioria das informações inerentes ao cliente cabe ao enfermeiro, pois este recebe a formação e o preparo que o capacitam a identificar, analisar e avaliar as possíveis alterações no processo evolutivo da doença e interpretar as reações ao tratamento.

Quanto aos aspectos ético-legais, podemos citar o Dicionário Jurídico de PLÁCIDO e SILVA onde indica:

A ética profissional é a soma de deveres que estabelece a norma de conduta do profissional no desempenho de suas atividades e em suas relações com o cliente e todas as demais com que possa ter trato⁷.

Isso quer dizer, que implicações ético-legais do registro de enfermagem no prontuário do paciente significam legítimo envolvimento e compromisso profissional na realização desta que é uma das atividades de enfermagem.

Além disso, o paciente é considerado como consumidor, como mostra a Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990, que no artigo 2º define como consumidor, “toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”⁸.

Portella CF, Almeida BAG, Silva Júnior OC.

O capítulo III da mesma lei, que aborda os Direitos Básicos do Consumidor em seu artigo 6º preconiza que:

São direitos básicos do consumidor: I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos de Assistência a saúde, o direito de decidir sobre sua pessoa ou tratamento⁸.

A negligência no cumprimento das obrigações relativas ao prontuário, na legislação trabalhista, pode configurar a desídia no desempenho das respectivas funções e, de acordo com o contido no inciso “c” do artigo 482 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ser motivo para dispensa do empregado por justa causa⁹.

Tal responsabilidade também encontra-se no artigo 24 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem : “ Prestar à clientela uma assistência de enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência”¹⁰.

Tal direito é também assegurado no artigo 26 da resolução COFEN - 240 que aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem, aplicando como deveres dos enfermeiros:

Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer¹¹.

A não elaboração de um registro de enfermagem conciso e correto afeta diretamente a assistência de enfermagem bem como todas as atividades sob responsabilidade do enfermeiro, ferindo assim, a lei do exercício profissional de enfermagem.

The records in the aid ...

De acordo com a lei 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, temos que :

Art. 11 - O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;

h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de Enfermagem¹².

CONCLUSÃO

A discussão do material coletado à luz da literatura estudada produziu as seguintes recomendações com o intuito de melhorar a qualidade dos registros. A elaboração do prontuário deve atentar para os seguintes elementos: identificação do cliente, evolução da doença, dados da assistência de enfermagem prestada ao cliente e as intercorrências; não usar neologismos; aplicar o processo de enfermagem, registrando-o.

É preciso que os enfermeiros atentem para os pontos que norteiam a elaboração de um bom registro de enfermagem, como por exemplo, precisão nas anotações, clareza, correção, completude, objetividade, datação, não deixar espaços em branco, não rasurar ou a utilização de ressalvas sempre que imprescindíveis.

O uso de carimbo e a assinaturas são fundamentais e indispensáveis para a validação do registro de enfermagem. Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no que tange o artigo 64: “assinar as ações de enfermagem que não executou, bem como permitir que outro profissional assine as que executou”¹¹ é uma das proibições.

Portella CF, Almeida BAG, Silva Júnior OC.

Desse modo, as anotações de enfermagem devem ser feitas de maneira a contribuir com informações para a equipe de saúde, sendo feita a tempo, e, sempre composta pela identificação do cliente e dados corretos.

Os registros têm se tornado um tema muito desafiador na enfermagem, pois mostram um aspecto da qualidade do cuidado prestado. Infelizmente, ainda não temos uma real conscientização expressa na prática, entre membros da equipe de saúde da devida importância de um prontuário bem elaborado e o mais fidedigno possível. Tal atitude causa deficiências na comunicação entre profissionais da saúde com reflexos no cuidado com o cliente.

Evidenciadas as inúmeras dificuldades de acesso ao prontuário encontradas pelas acadêmicas de enfermagem e a relevância do registro para a equipe de saúde, espera-se que ocorra uma maior valorização do registro, principalmente pelos profissionais de Enfermagem, uma vez que esta situação reflete problemas relacionados à competência técnica, ética e pode comprometer a liderança da enfermagem brasileira.

Acredita-se que tal estudo poderá alertar acadêmicos e equipes de saúde sobre a importância da elaboração de um bom registro. BERG *apud* FRANCISCO informa que a documentação dos cuidados proporcionados é essencial; sem documentação não há *input* de enfermagem no sistema de informação de saúde e os resultados das intervenções de enfermagem não podem ser validados^{6:15}.

Este estudo nos permitiu identificar as diversas atitudes dos profissionais de saúde no campo da prática, questionando-as e buscando as respostas dentre diversos autores. E enquanto algumas de enfermagem possibilitou maior e melhor compreensão da importância dos registros de prontuário, ao tempo que nos proporcionou uma

The records in the aid ... relevante experiência de iniciação científica em nível de graduação.

REFERÊNCIAS

1. NIGTHINGALE, F. Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
2. COSTA, EM. A Disciplina Técnica de Registro e Documentação em Enfermagem e o exercício profissional do Enfermeiro, Inferências e Contribuições [tese]. Rio de Janeiro, Novembro-1994.
3. EEAP-UNIRIO-Graduação e Pós-Graduação. Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental. Rio de Janeiro, Ano 8, nº1/2 - 1º / 2º Semestres. 2004.
4. MELLO, EP. Notas de Aula da Disciplina de Epidemiologia. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. UNIRIO; 2º semestre, 2006.
5. POTTER, PA; PERRY, AG Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processos e Prática. 4ªed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.
6. RANCISCO MTR. Auditoria de Enfermagem: Instrumentos, Padrões e Critérios de Avaliação. Rio de Janeiro, 1989.
7. PLÁCIDO E SILVA. Vocabulário jurídico. 3ª.ed. Rio de Janeiro, Forense, 1993.
8. Brasil. Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.
9. Brasil. Consolidação das Leis Trabalhistas do Brasil, artigo 482, inciso c.
10. Brasil. Código Civil. Artigo 159
11. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Resolução nº 240, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ) 2000.

Portella CF, Almeida BAG, Silva Júnior OC.
12. Brasil. Lei 7.498/86 que dispõe sobre a
regulamentação do exercício da Enfermagem e dá
outras providências. Artigo 11, incisos c, h, e.

The records in the aid ...

Recebido em: 28/08/2009

Aprovado em: 23/10/2009