

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Avaliação do processo de enfermagem em um hospital universitário em Campina Grande

Evaluation of nursing process at a university hospital in Campina Grande

Evaluación del proceso de enfermería en un hospital universitario en Campina Grande

Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira¹, Marta Miriam Lopes Costa², Maria Angélica da Silva Santos³, Thalita Lisboa de Menezes⁴

ABSTRACT

Objective: Identifying the nursing process application and analyzing the records of each step. **Method:** this is a retrospective and descriptive study with a quantitative approach, realized from the reports and registration forms process present in the clinical ward b and at area "same" at a university hospital in campina grande. after collection, the data were analyzed by descriptive method and calculated the absolute and relative frequencies. **Results:** of the 115 (100%) collected medical charts; the records show all stages of the process, except for the expected results. the most frequent diagnoses were: ineffective breathing pattern, activity and interventions intolerance, checking vital signs and oxygen saturation. in only 68 (59,1%) recorded the actions taken, 114 (99,1%) had no patient responses after care provided and 71 (61,7%) made changes to care plans when necessary. **Conclusion:** we conclude that it is necessary to improve the registration of the nursing process. **Descriptors:** Record of nursing, Nursing care, Nursing process.

RESUMO

Objetivo: Identificar aplicação do processo de enfermagem e analisar os registros de cada etapa. **Método:** trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, realizado a partir dos relatórios e das fichas de registro do processo presentes nos prontuários da ala b e que se encontravam no same de um hospital universitário em campina grande. após coleta, os dados foram analisados pelo método descritivo, e calculadas as frequências absolutas e relativas. **Resultados:** dos 115 (100%) prontuários levantados, os registros apresentaram todas as etapas do processo, exceto a dos resultados esperados. os diagnósticos mais frequentes foram padrão respiratório ineficaz e intolerância à atividade e às intervenções, aferir sinais vitais e a saturação de oxigênio. e apenas 68 (59,1%) registraram as ações implementadas, 114 (99,1%) não apresentaram respostas do paciente após o cuidado prestado e 71 (61,7%) fizeram modificações dos planos de cuidados quando necessário. **Conclusão:** concluiu-se que se faz necessário o aprimoramento do registro do processo de enfermagem. **Descritores:** Registro de enfermagem, Cuidados de enfermagem, Processos de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la aplicación del proceso de enfermería y analizar los registros de cada etapa. **Método:** se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado desde los reportes y de las fichas con registro del proceso presentes en los prontuarios del bloque b y que se encontraban en el same de un hospital universitario en campina grande. tras la coleta, los datos fueron analizados por el método descriptivo, y calculadas las frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** de los 114 (100%) prontuarios levantados, los registros presentaron todas las etapas del proceso, excepto la de los resultados esperados. los diagnósticos más frecuentes fueron padrón respiratorio ineficaz e intolerancia a la actividad ya a las intervenciones, verificar señales vitales y la saturación de oxígeno. en 68 (59,1%) registraron las acciones implementadas, 114 (99,1%) no presentaron respuestas del paciente después de la atención celebrada y 71 (61,7%) hicieron modificaciones de los planos de cuidados cuando sea necesario. **Conclusión:** se concluyó que hace necesario el aprimoramiento del registro del proceso de enfermería. **Descritores:** Registro de enfermeira, Cuidados de enfermeira, Proceso de enfermería.

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem (UFPB), Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil ² Enfermeira, Doutora em Sociologia (UFPB). Docente da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com. ³ Aluna de Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: angelica_santos@hotmail.com. ⁴ Aluna de Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: thalitalisboa.m@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O conhecimento em Enfermagem começou a ser estruturado a partir da década 1950, quando houve um considerável avanço na construção e na organização dos modelos conceituais de enfermagem. Esses modelos serviram como referencial para a elaboração das teorias de enfermagem, que objetivam estabelecer uma relação entre diferentes conceitos, para então explicar e, por conseguinte, direcionar a assistência de enfermagem prestada ao ser humano.¹

A efetivação das teorias de Enfermagem é feita por meio do Processo de Enfermagem (PE), o qual é definido como uma técnica intencional de soluções de problemas, baseada no método científico, para desenvolver, explicar e predizer seu exercício, assim como seus resultados, com a finalidade de validar sua prática.² O processo é um “[...] instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como o cliente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção de enfermagem”.³

O processo é composto por cinco fases: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.⁴ A partir da utilização do processo de enfermagem na prática profissional vinculada ao cuidar, a profissão de Enfermagem vem sendo desenvolvida com base em fundamentação científica, ganhando força, tornando-se de melhor qualidade e eficiência. Isso exige que os profissionais da área possuam habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais para satisfazer as necessidades do sistema cliente/família/comunidade.

Diante da complexidade do processo de Enfermagem faz-se necessário, para o desenvolvimento de suas fases, o registro efetivo das atividades de enfermagem direcionadas ao cuidado do cliente. Tais anotações fornecem subsídios para o planejamento da assistência, a execução dos cuidados e a avaliação da assistência prestada, além de ser objeto vinculado para fins legais.

De acordo com o Decreto 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional, art. 14, inciso II, a anotação de enfermagem é o registro no prontuário do paciente realizado pela equipe de enfermagem referente às condições do cliente, permitindo a continuidade da assistência por meio do relato dos fatos ocorridos com ele.⁵ Também vale ressaltar a existência de aspectos legais do registro/anotação de enfermagem por meio do Art. 25 da Resolução 311/07, que dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, e determina que se devam registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar; e do Art. 72 que determina que se deve registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar de forma clara, objetiva e completa.⁶

Desse modo, pode-se ressaltar que a responsabilidade de todos os profissionais de enfermagem é singular e que as mesmas podem/devem contribuir para o registro efetivo das etapas do processo de enfermagem como instrumento metodológico assistencial. Ante a

relevância dessa temática surgiram os seguintes questionamentos: os profissionais de Enfermagem fazem o registro do processo de enfermagem? As etapas do Processo de Enfermagem estão sendo registradas na instituição de saúde? E as informações registradas permitem a continuidade da assistência de Enfermagem e demonstram qualidade do cuidado prestado? A partir da problemática exposta foi possível observar a necessidade de investigar, a partir dos prontuários, as informações registradas pelos profissionais de enfermagem de um hospital universitário em Campina Grande com o objetivo de identificar a existência da aplicação do processo de Enfermagem, a realização do registro de cada etapa do processo de Enfermagem e analisar os registros de Enfermagem, com base nas diretrizes para o registro, descritas por Alfaro-Levefre.

Apesar do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o papel assistencial, científico e legal dos registros do processo de cuidar, estudos apontam que essa atividade não efetivamente realizada devido a ausência ou qualidade desses registros, acarretando prejuízos na comunicação entre a equipe, continuidade e a avaliação da assistência.^{7,8} Logo, esse estudo se justifica pela necessidade de se identificar as lacunas que dificultam a sua execução a fim de contribuir com a implementação do processo nas instituições de saúde visto que a sua eficiência e efetivação encontra-se intrinsecamente ligada a qualidade dos registros de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter retrospectivo com abordagem quantitativa, realizada na ala B e no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de um hospital universitário, na cidade de Campina Grande, estado da Paraíba, no período de junho de 2012 a agosto de 2013.

A ala B é uma das clínicas do referido hospital, destinada ao atendimento a pacientes com pneumopatias e foi escolhida para realização da pesquisa por ser uma unidade onde a Sistematização da Assistência de Enfermagem encontra-se implantada desde o segundo semestre de 2011. E o SAME por ser o serviço responsável pelo arquivamento de todos os prontuários dos pacientes.

A população e a amostra constituíram-se por todos os relatórios e as fichas de registro das etapas do processo de enfermagem anexadas aos prontuários dos pacientes atendidos na ala B do referido hospital, no período de junho a dezembro de 2011, sendo incluídos na pesquisa apenas os prontuários que possuíam o registro de todas as etapas do Processo de Enfermagem e que estivessem no arquivado no SAME. De acordo com esse critério, foram avaliados 131 prontuários, mas apenas 113 foram analisados, pois 07 não apresentavam o registro de todas as etapas do processo de enfermagem e 09 não estavam no serviço de arquivo da instituição no momento da coleta.

Para a levantamento de dados, foi utilizado um roteiro de coleta elaborado com base nas diretrizes para o registro das etapas do processo de enfermagem descritas por Alfaro-Lefevre a fim de avaliar cada prontuário dos pacientes que foram internados na referida ala.⁴

Inicialmente, foi solicitada formalmente ao Hospital Universitário a permissão para a realização da pesquisa na ala B. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, sendo posteriormente aprovado em 30 de novembro de 2012, conforme parecer favorável nº 159.885. Após o deferimento pelo Comitê de Ética e Pesquisa, foi solicitada à Coordenação de Enfermagem da ala B a liberação para fazer o levantamento, a partir do livro de admissão, dos pacientes que foram internados nesse serviço no período de junho a dezembro de 2011.

Após o levantamento de todos os pacientes internados com seus respectivos números de prontuários, verificou-se a duplicidade dos números dos prontuários devido à existência de casos de reinternações desses pacientes, evitando assim a análise do mesmo registro mais de uma vez. Posteriormente, solicitou-se ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do hospital a permissão para a coleta de dados, que ocorreu no período de abril a julho de 2013.

O preenchimento do roteiro de coleta foi realizado a partir da observação sistemática das fichas de registro das etapas do processo e dos relatórios de enfermagem presentes nos prontuários avaliados por meio do roteiro de coleta que abordava dados referentes a cada fase do processo, conforme descrita a seguir.

Na etapa de investigação era verificada a forma da escrita, a presença de rasuras e correções, assinatura e registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), e a presença de um instrumento de investigação baseado em uma teoria de Enfermagem. Na etapa de diagnóstico, eram voltadas ao uso e o tipo de taxonomias para a identificação dos diagnósticos, a construção correta do diagnóstico, os diagnósticos mais frequentes, Em relação à etapa de planejamento, averigou-se os dados referentes à presença de resultados de Enfermagem, a taxonomia usada para seu estabelecimento, os resultados mais frequentes e a presença de itens importantes para sua formulação, como: verbos mensuráveis e observáveis, prazo para o alcance dos objetivos e os recursos humanos e físicos existentes. Ainda no planejamento, o instrumento abordava a presença das intervenções e a relação com os diagnósticos, o uso de taxonomia para sua elaboração, as intervenções mais frequentes e a presença de itens estruturais, como: data da prescrição, tempo verbal da ação, pessoa responsável pela ação, maneira e tempo de realização da ação, e assinatura e o COREN do profissional. No que se refere à etapa de implementação, as questões referiam a presença das ações prescritas e executadas, as variações da normalidade e as recusas dos pacientes, vem como, se as ações foram descritas de forma objetiva, organizada, precisa, específica, concisa e se possuíam a assinatura e COREN. E por fim, na etapa de avaliação, o roteiro abordava questões sobre a existência de respostas do paciente frente às ações implementadas, as modificações do plano de cuidados durante o período de internação e a presença de assinatura e COREN do profissional. Além disso, o instrumento também abordava a existência de políticas e procedimentos da instituição de saúde que norteassem o registro de todas as etapas do processo de Enfermagem.

Após coleta, os dados foram analisados pela estatística descritiva a partir do cálculo das frequências absolutas e relativas com auxílio do Programa Microsoft Office Excel 2007. Em seguida, os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos a partir da literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os 113 prontuários da ala B do hospital universitário, verificou-se que os pacientes assistidos nesse setor caracterizavam-se por ser do sexo masculino (59/52,2%), com idade entre 80 a 89 anos (18/15,9%), e dentre os motivos de internação as mais frequentes foram pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica, respectivamente.

No que se refere ao processo de enfermagem, observou-se que em todos havia o registro da etapa de investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação (Tabela 1). Entretanto, foi observado que os enfermeiros não traçaram os resultados de enfermagem, levando a efetivação parcial da etapa de planejamento haja vista que a sua execução ocorre mediante ao estabelecimento de prioridades, determinação dos resultados esperados e das intervenções e o seu registro adequado.⁴ Além disso, a mesma autora ainda acrescenta que a oferta de cuidados de saúde eficazes ocorre quando as ações são centradas nos resultados.

Somando a afirmativa dessa autora, a Resolução COFEN nº 311/07, que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, determina no Art. 71 e 72 que é direito, dever e responsabilidade do enfermeiro registrar no prontuário do paciente as informações referentes e indispensáveis ao processo do cuidar de forma clara, objetiva e completa.⁵ Sendo assim, os resultados de enfermagem também precisam ser traçados e registrados.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa do registro das etapas do Processo de Enfermagem na ala B de um hospital universitário, Campina Grande, 2013.

Etapas do Processo de Enfermagem	Realização	Prontuários avaliados (n=113)	
		N	%
Investigação	Sim	113	100
	Não	0	0
Diagnóstico de Enfermagem	Sim	113	100
	Não	0	0
Planejamento da Assistência	Resultados de Enfermagem	Sim	0
	Intervenções de Enfermagem	Não	0
	Sim	113	100
	Não	0	0
Implementação	Sim	113	100
	Não	0	0

Avaliação	Sim	113	100
	Não	0	0

Na etapa de investigação, as informações registradas foram analisadas quanto à escrita, a presença de rasuras e correções, a forma de correção dos erros existentes e o embasamento teórico na construção do instrumento de coleta de dados. No que se refere à estrita, observou-se que os registros encontravam-se legíveis em 109 (94,8%) dos prontuários e 06 (5,2%) estavam ilegíveis, demonstrando que a equipe de enfermagem possui habilidade na grafia.

É importante destacar que as informações inerentes ao paciente devem ser escritas de forma legível, pois facilita a interpretação de dados e conseqüentemente, favorece o planejamento e a execução de uma assistência adequada e segura. Logo, o registro ilegível pode resultar em prejuízos ao cliente, ao profissional e à instituição.⁶

Nesse contexto, vale enfatizar que no Brasil existe um programa que visa avaliar a qualidade dos serviços de saúde, conhecido como Acreditação Hospitalar. Essa a avaliação ocorre por meio do Manual de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde, no qual determina, na secção “Serviços Profissionais e Organização da Assistência” e subsecção “Enfermagem”, que os Registros de Enfermagem devem ser completos, legíveis e assinados.⁹

Foram identificadas 23 (20%) rasuras e correção de erros, sendo que destes, 03 (13%) foram corrigidas sem ocultar as palavras originais, enquanto que em 20 (87%), as retificações ocorreram de maneira incorreta. Nesse aspecto, os dados contradizem a literatura, a qual orienta que os erros devam ser corrigidos utilizando os termos “digo” ou “correção”, e a seguir, escrever o correto, para depois continuar o registro, e o uso de corretivos, borrachas e linhas cruzadas não são permitidos.

Essa orientação se dá pelo fato dos registros de enfermagem consistir em meio de comunicação para a equipe multiprofissional, de avaliação da assistência prestada e de dados administrativos, não podendo assim ser rasurados.^{10,11,12,13} Outras autoras acrescentam ainda que essa recomendação se faz necessário, pois os registros podem ser utilizados em situações que envolvem aspectos científicos e educacionais, bem como ações éticas e/ou legais a fim de respaldar o profissional responsável pelo cuidado.^{6,14}

Em relação à utilização de um marco conceitual, observou-se que em 113 (100%) dos prontuários, o instrumento de coleta foi fundamentado com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Esses instrumentos foram construídos a partir de oficinas realizadas pelos docentes da Universidade Federal de Campina Grande junto com os enfermeiros do hospital universitário, os quais identificaram como sendo esse, o referencial teórico que melhor atendia ao perfil de seus clientes e de seu serviço.

Desse modo, pode-se afirmar que o hospital possui mecanismos para organizar os dados dos clientes, para analisar e interpretar esses dados, para intervir e avaliar os cuidados realizados visto que utilizou uma teoria para direcionar a assistência prestada, pois as teorias de enfermagem guiam e aprimoram a prática, direcionando a identificação dos diagnósticos, as intervenções e aos resultados esperados, tornando o cuidado mais eficiente.¹⁵

A partir dos dados coletados na etapa de investigação, o enfermeiro identifica os diagnósticos de enfermagem, os quais são definidos como sendo um julgamento clínico sobre

as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais e potenciais.¹⁶ Em seguida, o enfermeiro passa para a elaboração do planejamento dos cuidados, que nada mais é do que o estabelecimento de prioridades para os diagnósticos, definição das metas e prescrição das intervenções.¹⁷

Para tanto, os enfermeiros utilizam de sistemas de classificação, como a North American Nursing Diagnose Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®). Vale destacar que essas taxonomias foram construídos com a finalidade de desenvolver uma linguagem comum entre os profissionais de enfermagem a fim de auxiliar na identificação dos problemas do paciente e escolha das prescrições, bem como na avaliação dos cuidados prescritos.¹⁸ Desse modo, os prontuários também foram analisados quanto à sua utilização para a construção dessas etapas, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa da utilização de sistemas de classificação para a construção dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados na ala B de um hospital universitário Campina Grande, 2013.

Sistema de Classificação /Taxonomia	Diagnóstico de Enfermagem (n=113)		Intervenções de Enfermagem (n=113)	
	N	%	N	%
NANDA	113	100	0	0
NIC	0	0	113	100
CIPE	0	0	0	0

Ao analisar a utilização de taxonomias, averiguou-se que todos possuíam protocolos assistenciais para os diagnósticos e prescrição de enfermagem, dos quais apresentavam os problemas e intervenções mais comumente encontrados nos pacientes assistidos nesse serviço e que todos utilizaram de taxonomia para a identificação desses aspectos, mas não foi verificado o estabelecimento dos resultados de enfermagem, conseqüentemente não foi levantado o emprego de um sistema de classificação na construção dessa etapa.

Esses protocolos de assistência são guias para descrever os problemas, metas e ações detalhadas, bem como permitem a identificação segura de um diagnóstico e de intervenções apropriadas.¹⁸

Quanto aos sistemas utilizados, foi possível observar a utilização em todos os protocolos do uso das taxonomias da NANDA e da NIC para a elaboração das fases de diagnóstico e prescrição de cuidados, respectivamente. Desse modo, pode-se verificar que essas etapas foram construídas a partir de fundamentação científica haja vista que foram traçados a partir de sistemas de classificação, contudo, nos 111 (98,3%) prontuários, os diagnósticos não foram construídos corretamente, pois os diagnósticos estavam incompletos visto que possuía exclusivamente o título do diagnóstico da taxonomia da NANDA, contrariando o estudo que diz que o enunciado completo de um diagnóstico da NANDA deve

conter o título, um conjunto de características definidoras e um ou mais fatores relacionados.²⁰

Vários autores afirmam que a identificação de problemas de enfermagem permite o desenvolvimento de um plano eficiente.^{4,21} Sendo assim, a construção de um diagnóstico incompleto pode afetar na elaboração adequada de resultados esperados e nas prescrições das intervenções de enfermagem. Portanto, os enfermeiros, ao escolher a taxonomia da NANDA, devem construir os diagnósticos corretamente.

No que tange os diagnósticos mais frequentemente identificados, verificou-se que o padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade e risco de infecção foram os mais comumente registrados (Tabela 3).

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes registrados nos prontuários dos pacientes internados na ala B de um hospital universitário, Campina Grande, 2013.

Títulos dos Diagnósticos de Enfermagem	Valor absoluto
Padrão respiratório ineficaz	89
Intolerância a atividade	70
Risco de infecção	50
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	32
Troca de gases prejudicada	24
Constipação	19
Mobilidade física prejudicada	17
Padrão do sono prejudicado	12
Dor	09
Integridade da pele prejudicada	09
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	06
Risco da integridade da pele prejudicada	05
Risco de glicemia estável	05
Risco de aspiração	05
Dentição prejudicada	05
Déficit de Autocuidado	04
Mobilidade do leito prejudicado	03
Insônia	02
Ansiedade	01
Autonegligência	01
Disposição para o aumento do conforto	01

Segundo a NANDA, o padrão respiratório ineficaz é definido como sendo a inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada, a intolerância à atividade corresponde à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suprir ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas, podendo ser causada por um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. E o risco de infecção é a condição de estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos, que pode estar relacionada com a existência de doença crônica, defesas secundárias inadequadas (diminuição da ação ciliar) e procedimentos invasivos.¹⁶

Dessa forma, verifica-se que os problemas levantados corroboram com o tipo de atendimento realizado nessa unidade, o qual presta assistência a pacientes com doenças do aparelho respiratório, mostrando que os enfermeiros encontram-se preparados para identificar os diagnósticos de enfermagem. Entretanto, os problemas identificados encontravam-se focados em sua grande maioria para o sujeito portador de alterações físicas, averiguando apenas um problema focado nos aspectos psicológicos, e nenhum referente a problemas sociais e espirituais (Tabela 3).

Ainda analisando os protocolos, observou-se que os enfermeiros registraram em 78 (69,6%) prontuários, diagnósticos para potenciais complicações e em 42 (36,5%) incluíram outros diagnósticos além daqueles presentes nos protocolos de assistência. Buscou-se também levantar as intervenções frequentemente prescritas, dentre elas, verificou-se aferir os sinais vitais e a saturação de oxigênio, manter decúbito elevado, monitorar tosse e monitorar eliminações vesicais e intestinais (Tabela 4).

Tabela 4 - Intervenções de Enfermagem mais frequentes registrados nos prontuários dos pacientes internados na ala B de um hospital universitário, Campina Grande, 2013.

Intervenções de Enfermagem	Valor absoluto
Aferir Sinais Vitais 04 vezes ao dia	110
Aferir Saturação de Oxigênio 04 vezes ao dia	101
Manter decúbito elevado	93
Monitorar tosse	72
Monitorar eliminações vesicais e intestinais	63
Observar padrão de sono e repouso	40
Observar aceitação de dieta	36
Observar padrão respiratório	35
Observar sinais flogísticos no local da punção do AVP ou AVC	13
Administrar oxigênio úmido por meio de cateter nasal ou máscara de Venturi	13
Trocar circuito de oxigenoterapia	05
Anotar data da punção venosa	05
Trocar sistema de acesso venoso periférico	05
Atentar para queixas de dor	04
Avaliar evolução de edema	03
Controlar a glicemia	03
Monitorar a diurese	02
Monitorar rigorosamente a pressão arterial	02
Atentar para sinais de alteração na perfusão tissular	02
Anotar débito do dreno	01
Monitorar sinais de broncoaspiração	01

Ainda avaliando o registro das intervenções, observou-se que os cuidados foram prescritos com base nos diagnósticos de enfermagem, corroborando com autores que descrevem que a prescrição de cuidados deve ser determinada com base nas características

definidoras e fatores relacionados identificados na elaboração dos diagnósticos, isto porque, as prescrições devem ser voltadas aos fatores causadores do processo de adoecimento.²²

Cabe acrescentar também que todos os registros da prescrição de enfermagem possuíam data de realização, ação a ser feita, informações sobre a maneira e frequência que as ações deveriam ser realizadas, mas não havia designação de uma pessoa para cumprir a atividade, contradizendo a literatura visto que a intervenção deve ser redigida levando em consideração que o verbo deve estar no infinito e que deve conter uma frase descritiva, quem deve realizá-la e a assinatura do enfermeiro, a fim de conferir uma maior segurança ao cliente.²¹

De acordo com os dados antes apresentados, 113 prontuários apresentaram o registro da fase de implementação, mas apenas 67 (59,3%) descreviam as ações prescritas e realizadas, as demais informações correspondiam ao registro de cuidados não sistematizados. Além disso, foram encontradas em apenas 04 (3,5%) prontuários, variações de normalidade e recusas do paciente ao tratamento.

Alguns pesquisadores afirmam que a ausência do registro dos procedimentos realizados pela enfermagem pode colocar em dúvida a sua execução, visto que, não tem como comprovar que os mesmos foram realizados. Além disso, pode gerar lacunas na comunicação entre os profissionais de enfermagem, comprometendo, assim, a continuidade da assistência.²²

A avaliação da assistência de enfermagem visa o acompanhamento das respostas do paciente aos cuidados prestados e implementados, permitindo a detecção das intervenções que devem ser mantidas, as que devem ser modificadas e as que podem ser finalizadas.²² Contudo, a pesquisa evidenciou que em 112 (99,1%) prontuários não havia as respostas do paciente diante das ações executadas e em 70 (61,9%) também não ocorreram modificações dos planos de cuidados durante a internação do paciente, demonstrando uma subvalorização, pelos profissionais de enfermagem, das respostas do paciente frente aos cuidados prestados, bem como a relação desse registro com os diagnósticos e as modificações dos planos assistenciais.

Nesse contexto, um estudo que avaliou 240 prontuários de pacientes em um hospital em São Paulo, concluiu que 58,7% dos registros não possuíam conformidade entre os diagnósticos com a evolução de enfermagem. Como também foi possível observar os enfermeiros podem não estar reavaliando os pacientes diariamente.²³

Tabela 5 - Presença de assinatura e do número do COREN nos prontuários dos pacientes internados na ala B de um hospital universitário, Campina Grande, 2013.

Etapa do Processo de Enfermagem	Presente (n)	Ausente (n)	Parcialmente (n)
Investigação	101	12	0
Planejamento (intervenções)	57	21	35
Implementação	58	19	36
Avaliação	111	0	2

No que se refere à presença de assinatura e do número do registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), observou-se que as etapas de investigação e avaliação eram as que possuíam maior frequência de assinatura e do registro do COREN (101 e 111, respectivamente) e em uma menor proporção nas intervenções e implementação (57 e 58, respectivamente), mas cabe ressaltar que em alguns prontuários não havia o número do COREN nas fichas ou relatórios de enfermagem, contrariando a Resolução COFEN nº 191/1996, que determina a obrigatoriedade do número de inscrição em todo documento firmado, quando o profissional estiver no exercício de suas funções.²⁴

Verificou também que o hospital universitário não possuía políticas e procedimentos internos que norteiam o registro do processo de enfermagem, mas a Coordenação de Enfermagem já realizou cursos de capacitação para as equipes de enfermagem a fim de implantar e efetivar o registro do processo no hospital visto que existem bases legais que determinam que o registro das etapas do processo de enfermagem, como é o caso da Resolução COFEN nº 358/09, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde públicas ou privada.²⁵ Portanto, torna-o obrigatório e independente da existência de normativas institucionais para a sua execução pelas equipes de enfermagem.

CONCLUSÃO

O estudo contribuiu para constatar, por meio dos registros de enfermagem, que os enfermeiros do hospital universitário utilizam o processo de enfermagem como instrumento norteador de sua assistência prestada, contudo, verificou que a falta dos resultados de Enfermagem, demonstrando que a etapa do planejamento não foi totalmente efetivada.

Nesse aspecto, vale enfatizar que processo de enfermagem é um método que propicia organização dos cuidados de enfermagem, ajudando o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar os resultados, torna-se imprescindível a anotação de todas as suas etapas. Somado a essa função, o registro também permite o acompanhamento da evolução do paciente, a comunicação entre outros profissionais, além de servir de base legal e de fonte de dados para a avaliação da qualidade dos serviços de enfermagem.

Contudo, a pesquisa apontou ausência em todos os registros dos resultados de enfermagem na etapa do planejamento da assistência e a falta em alguns prontuários e relatórios das ações prescritas e executadas, das respostas do paciente aos cuidados realizados, das modificações do plano assistencial, bem como da assinatura profissional e do número do COREN, demonstrando as fragilidades na efetivação do processo de enfermagem, na qualidade da assistência prestada e na observância do aspecto legal pelos profissionais.

Em suma, os resultados apontaram a necessidade de melhoramento dos registros realizados e do desenvolvimento de outros estudos a fim de conhecer as dificuldades

encontradas pelos enfermeiros para a realização do registro efetivo no hospital universitário. Mas também possibilitaram reforçar o papel do registro do processo de enfermagem nos prontuários dos pacientes para a continuidade da assistência e legitimação do trabalho do enfermeiro.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Voluntário de Iniciação Científica e a Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão pela compreensão das dificuldades vivenciadas;

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande pelo apoio e contribuição.

A aluna Jéssyca Iasmyn Lucena Araujo pela colaboração com o levantamento dos prontuários e início da coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega MML, Silva KL (org). Fundamentos do Cuidar em Enfermagem. João Pessoa: Imprima. 2007.
2. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos, CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev latinoam de enferm [Online]. 2003, v.11: n. 2, pp.184-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200007>
3. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistema de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem. Idéia; 2000.
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 311 de 08 de maio de 2007. Dispõe sobre Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Portal COFEN. 2007. Disponível em: http://mt.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_249.html
6. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev eletrônica enferm. 2006; v. 08; n. 03; p. 415. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm
7. Portella CF, Almeida BAG, Silva Júnior OC. Os Registros na Assistência e na Pesquisa com um cliente internado: um estudo de caso. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online. 2009. set/dez. 1(2): 273-278. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/319/355>.
8. Valença CN, Azevedo LAN, Oliveira AG et al. A produção científica sobre auditoria em enfermagem e qualidade dos registros. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online. 2013. dez., 5(5):69-76. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1112/pdf_271.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar; 3ª ed. rev. e atual Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf
10. Gonçalves VLM. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Rosa MR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências; 4 ed. São Paulo: Ícone. 2008; p. 221-33.

11. Venturine DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5): 570-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500007
12. D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações-ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
13. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria; Rev eletrônica enferm [Internet]. 2007; 9(2):344-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>
14. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; maio/jun; 22(3): 313-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012
15. Souza MF. As teorias de Enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: Cianciarullo TI, Rosa MR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 4 ed. São Paulo: Ícone; 2008; p. 221-33.
16. NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação da NANDA 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Carpenito-Moyer LJ. Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Tannure MC. SAE - sistematização da assistência de Enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010; 294p.
19. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev bras enferm. 2005; 58(3): pp. 325-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300014>
20. Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Rosa MR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 4 ed. São Paulo: Ícone; 2008; p. 221-33.
21. Docterman JM, Bulechek GM, Butchet HK. Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
22. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. Esc Anna Nery. 2012; 16(3):577-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/21.pdf>
23. Franco MTG, Elizabeth NA, D'Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Acta paul. enferm 25.2 (2012): 163-170. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002
24. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 191 de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Rio de Janeiro: Portal COFEN. 1996. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html
25. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Portal COFEN. 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Recebido em: 26/12/2013
Revisões requeridas: 26/05/2014
Aprovado em: 31/07/2014
Publicado em: 01/10/2014

Endereço de contato dos autores:
Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira
Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795 - Bodocongó - Campina Grande -
CEP: 58.430-800. E-mail: gerlaneejc@hotmail.com.