

Anotações da equipe de enfermagem: a (des)valorização do cuidado pelas informações fornecidas¹

Annotations of the nursing team: the (dis) appreciation of care for the information provided

Anotaciones del equipo de enfermería: a (des) valorización del cuidado por la información suministrada

Mariana de Menezes Caldeira;² Tania Vignuda de Souza;³ Rita de Cássia Melão de Moraes;⁴ Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes;⁵ Luciana de Cássia Nunes Nascimento;⁶ Isabel Cristina dos Santos Oliveira⁷

Como citar este artigo:

CaldeiraMM, SouzaTV, MoraesRCM, Moraes JRMM, Nascimento LCN, Oliveira ICS. Anotações da equipe de enfermagem: a (des)valorização do cuidado pelas informações fornecidas. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):135-141. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.135-141>

RESUMO

Objetivo: Analisar as anotações da equipe de enfermagem nos prontuários de crianças hospitalizadas e discutir as informações descritas pela enfermagem e suas implicações para a assistência à criança. **Método:** Pesquisa qualitativa desenvolvida em enfermaria pediátrica de Hospital Geral. Dados extraídos da consulta em prontuários. Análise temática. **Resultados:** As anotações estavam relacionadas a dados que indicavam funcionamento gastrointestinal, atividade motora, interpretação das alterações dos sinais vitais, uso de dispositivos tecnológicos, e cuidados de enfermagem como curativos e higiene corporal. O espaço destinado à anotação da equipe de enfermagem era restrito a folha de prescrição médica que era ínfimo e não havia identificação do profissional. **Conclusão:** Os profissionais de enfermagem se limitavam a descrever na folha de prescrição médica informações que não refletiam o seu cuidado e a real condição clínica da criança quanto à qualidade da assistência de enfermagem. Em contrapartida, não havia um movimento dos próprios profissionais de enfermagem para garantir um espaço no prontuário como membro da equipe de saúde.

Descritores: Registros de enfermagem, Criança, Enfermagem pediátrica, Cuidado de enfermagem.

1 Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso intitulado: A qualidade das anotações de enfermagem: A realidade de um cenário hospitalar pediátrico. Apresentado na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2014. Estudo recebeu o 3º lugar do prêmio Dulce Neves da Rocha, fornecido aos melhores trabalhos de conclusão de curso de graduação e oferecido pelo Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente (NUPESC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

2 Enfermeira graduada pela UFRJ. Residente em Enfermagem Obstétrica pela UFRJ.

3 Enfermeira graduada pela UFRJ. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora Associado da UFRJ.

4 Enfermeira graduada pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora Adjunta da UNIR.

5 Enfermeira graduada pela UFRJ. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora Adjunta da UFRJ.

6 Enfermeira graduada pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora Adjunta da UFES.

7 Graduado em Enfermagem pela UFRJ, Doutor em Enfermagem pela UFRJ, Professor Associado da UFRJ.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the annotations of the nursing team in the charts of hospitalized children and to discuss the information described by nursing and its implications for child care. **Methods:** Qualitative research developed in pediatric ward of General Hospital. Data extracted from the consultation in medical records. Thematic analysis. **Results:** The annotations were related to data indicating gastrointestinal functioning, motor activity, interpretation of vital signs alterations, use of technological devices, and nursing care as dressings and body hygiene. The space destined to the annotation of the nursing team was restricted to medical prescription sheet that was insignificant and there was no identification of the professional. **Conclusion:** Nursing professionals only described in the medical prescription sheet information that did not reflect their care and the actual clinical condition of the child regarding the quality of nursing care. On the other hand, there was no movement of the nursing professionals themselves to guarantee a space in the medical record as a member of the health team.

Descriptors: Nursing records, Child, Pediatric nursing, Nursing care.

RESUMEN

Objetivos: analizar las anotaciones del equipo de enfermería en los prontuarios de niños hospitalizados y discutir las informaciones descritas por la enfermería y sus implicaciones para la asistencia al niño. **Métodos:** Investigación cualitativa desarrollada en enfermería pediátrica de Hospital General. Datos extraídos de la consulta en fichas. Análisis temático. **Resultados:** Las anotaciones estaban relacionadas con datos que indicaban funcionamiento gastrointestinal, actividad motora, interpretación de las alteraciones de los signos vitales, uso de dispositivos tecnológicos, y cuidados de enfermería como curativos e higiene corporal. El espacio destinado a la anotación del equipo de enfermería era restringido a la hoja de prescripción médica que era ínfimo y no había identificación del profesional. **Conclusión:** Los profesionales de enfermería se limitaban a describir en la hoja de prescripción médica informaciones que no reflejaban su cuidado y la real condición clínica del niño en cuanto a la calidad de la asistencia de enfermería. En cambio, no había un movimiento de los propios profesionales de enfermería para garantizar un espacio en el prontuario como miembro del equipo de salud. **Descriptor:** Registros de enfermería, Niños, Enfermería pediátrica, Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

As anotações de enfermagem são um instrumento legal e assumem diversas funções no contexto assistencial, como fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantir a continuidade das informações nas 24 horas e permitir o planejamento da assistência. Podem ser fonte de dados para pesquisas, auditorias e processos jurídicos.¹ Ainda, as anotações são uma ferramenta importante para avaliação da clientela e fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Na prática assistencial da criança hospitalizada, essas anotações devem permitir: sistematizar os cuidados; e garantir a segurança desta e a qualidade do cuidado.²

Desse modo, as anotações de enfermagem devem ser compostas por informações técnicas e subjetivas, que permitam implementar o processo de enfermagem e a tomada de decisão, tendo como base informações sobre a admissão, diagnósticos de enfermagem, intervenções, avaliação dos

progressos e dos resultados da criança hospitalizada.³ A falta de uma linguagem universal nas anotações de enfermagem, que estabeleça a definição e a descrição da prática profissional, pode comprometer o desenvolvimento da Enfermagem como ciência.⁴

Na prática hospitalar pediátrica, as anotações de enfermagem ainda são pouco valorizadas, sendo realizadas com maior frequência pelos profissionais de enfermagem de nível médio ou fundamental,⁵ e são restritas as informações subjetivas como a presença e participação do familiar acompanhante durante a hospitalização das crianças.^{5,6} Isso corrobora para uma comunicação escrita pobre, que é causa frequente de eventos adversos nos ambientes de cuidados de saúde e resulta em problemas que vão desde o atraso no tratamento a erros em cirurgias e de medicação.⁶

Estudo de revisão sistemática com o objetivo de explorar a qualidade da documentação de enfermagem, realizada na Austrália com artigos quantitativos e qualitativos, publicados na língua inglesa durante os anos de 2000 a 2010, aponta que os profissionais de enfermagem devem prestar mais atenção à precisão de suas anotações, pois foram identificadas falhas na qualidade dos registros. Os cenários investigados foram hospitais que prestam assistência a população adulta, atenção primária, centro de saúde escolar, instituições mistas entre hospital e lar de idosos.³

No Brasil, estudo de revisão integrativa da literatura que objetivou analisar a produção científica acerca da auditoria em registros de enfermagem em periódicos nacionais, no período de 1995 -2011 identifica que os artigos apontaram diversos erros nas anotações de enfermagem referentes aos aspectos éticos e legais, entre outros, a saber: letra ilegível, rasuras, uso de corretor gráfico, anotações por turno e não por horário, ausência de datas, registros incompletos e identificação incorreta de profissionais. Observou-se também um elevado índice de anotações de enfermagem incompletas em relação ao estado físico, estado mental e higiene corporal do paciente.⁷

Considerando que a anotação da enfermagem no cenário de assistência hospitalar pediátrico não tem sido foco de investigação e preocupação, acredita-se que o tema precisa ser melhor explorado, tendo em vista que as anotações fazem parte do processo de enfermagem; servem para partilhar informações; fornecer subsídios para a melhora da qualidade da assistência; é um relatório permanente; tem evidência legal, bem como, fornece dados para o ensino e a pesquisa. Os profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem deve conhecer a importância da qualidade das suas anotações como parte integrante de uma equipe multidisciplinar em busca da qualidade da assistência e na garantia da segurança da criança.

Com base na problemática exposta, os objetivos deste estudo foram: analisar as anotações da equipe de enfermagem nos prontuários de crianças hospitalizadas e discutir as informações descritas pela enfermagem e suas implicações para a assistência à criança.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um Hospital Geral da Rede Municipal de Saúde que tem como porta de entrada a emergência ou a Coordenação de Emergência Regional (CER) do Município do Rio de Janeiro. A UIP é composta por 28 leitos e atende crianças na faixa etária de um mês a 12 anos, com diagnósticos clínicos e cirúrgicos, tendo a maioria de atendimentos traumatológicos.

A equipe de Enfermagem neste cenário de estudo é composta por uma enfermeira e três técnicos de enfermagem cujo sistema de plantão é de 12h trabalhadas por 60h de descanso perfazendo um total de seis enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. Ressalta-se que ainda possui uma enfermeira chefe que permanece diariamente, no período da manhã (das 7 às 13h).

Os dados empíricos foram constituídos por anotações de enfermagem em 26 prontuários de crianças que estavam hospitalizadas no mês de janeiro de 2014. Foram utilizados todos os prontuários disponíveis no período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu com a leitura na íntegra de cada prontuário da criança hospitalizada, na busca das anotações de enfermagem e utilizando um formulário com as seguintes informações: data, hora e local das anotações, assinatura e categoria do profissional, conteúdo registrado, número de anotações diárias. O estudo foi submetido à análise temática.⁸ Para fins da descrição dos resultados, relacionado aos trechos encontrados nos prontuários (P), foram identificados como P.1, P.2, e assim sucessivamente.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro sob n. de parecer 217A/2013 e respeitou as recomendações da Resolução n. 466/2012 de pesquisas envolvendo seres humanos.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os prontuários utilizados no cenário do estudo são compostos pela folha de identificação, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, folhas denominadas “evolução médica”, prescrição médica, resultados de exames laboratoriais, radiografia e outros.

Constatou-se que todos os membros da equipe de enfermagem anotavam informações referentes à criança na folha de prescrição médica, cujo espaço possuía os seguintes itens: frente – identificação da unidade, nome, matrícula, enfermagem e leito da criança, além de três colunas destinadas à prescrição médica (coluna da esquerda), apazamento de enfermagem (coluna do meio) e observação (coluna da direita), contendo 22 linhas; verso – 29 linhas sem colunas. O uso da folha de prescrição era válido para cada 24 horas. Durante a leitura dos prontuários não foram localizadas anotações de enfermagem em outros impressos.

O fato de ter uma folha que possuía a denominação “evolução médica” pode ser uma justificativa para criar uma

reserva de espaço para as anotações de um determinado profissional de saúde.

Ao analisar o conteúdo das anotações de enfermagem, constatou-se que as datas eram registradas diariamente e quanto aos horários, estes ficavam restritos ao primeiro e ao último horário do plantão de 12 horas. Ou seja, frequentemente foram encontrados dois registros por plantão. Destaca-se que não foram encontrados os nomes, categorias, número do registro profissional e assinatura de quem realizou as anotações.

As anotações de enfermagem no prontuário das crianças devem conter o horário e os cuidados devem ser descritos imediatamente ao término do mesmo. Ao final do registro também deve ser inserido de modo visível o nome e o número do registro do conselho de classe de quem o realizou.^{1, 10}

Um registro que não possua horários e identificação do profissional que anotou, podem dificultar ou inviabilizar a apuração de ações judiciais ou auditorias, perdendo assim um dos sentidos a que serve.^{1,2,5} O artigo 54 da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN n. 311, de 2007 –,¹⁰ estabelece que seja necessária a assinatura com nome legível, categoria profissional a qual pertence e número no conselho de classe.

Quanto ao conteúdo das informações registradas pela equipe de enfermagem, constatou-se que elas se baseavam na aceitação dos alimentos e presença de eliminações, o estado de atividade motora da criança, interpretação dos valores dos sinais vitais alterados e ou queixas de dor, uso de dispositivos tecnológicos, além dos cuidados de curativo e higiene corporal conforme são apresentados a seguir, em tópicos de análise⁸ denominados: Estado clínico das crianças hospitalizadas; Dados objetivos que auxiliam a avaliação do profissional; Cuidados de enfermagem: Curativo e higiene corporal.

Estado clínico das crianças hospitalizadas: dados objetivos que auxiliam a avaliação do profissional

Destaca-se que todos os 26 prontuários estudados possuíam as mesmas características de anotações, portanto foram selecionados os trechos que melhor representariam os resultados.

Sobre a aceitação dos alimentos e das eliminações vesico intestinais, houve o destaque de nove anotações:

Aceitando dieta. (P.15)

Aceitou dieta oferecida. (P.9)

Aceitando dieta, eliminações fisiológicas presentes (...)(P.21)

Sugando SM (seio materno) e aceitando dietas oferecidas, diurese presente (...)(P.1)

Em dieta zero, aguardando curativo da cirurgia plástica. (P.25)

Sugando SM (seio materno), eliminações presentes (...)(P.5)

Diurese presente, fezes líquidas (...)(P.3)

Eliminações fisiológicas presentes (...)(P.23)

(...) eliminações fisiológicas presentes (...)(P.14)

(...) diurese presente (...). Segue em observação. (P.17)

As anotações relativas à aceitação dos alimentos e das eliminações fisiológicas não expressam valor qualitativo, pelo fato de não terem descrições como: quantidade, tipo e via da alimentação oferecida, bem como, frequência, características das eliminações (quantidade, cor, odor, consistência e alterações) e data da última evacuação.

A descrição da aceitação das dietas deve incluir os horários das refeições, volume/quantidade oferecida e a via de administração. A anotação apenas da realização da alimentação, não é suficiente para demonstrar efetividade do cuidado. Faz-se fundamental que as anotações acerca de todo o atendimento prestado sejam claras e completas.¹¹

As crianças necessitam de alimentos em quantidade e qualidade para manutenção de seu crescimento e desenvolvimento normais, ao serem hospitalizadas, suas demandas proteico-calóricas aumentam consideravelmente e pode resultar em: desnutrição, redução da imunidade, aumento do risco de infecções e com isso aumentar o tempo de internação.¹²

A anotação das características das eliminações, objetiva contribuir na avaliação e diagnóstico médico e de enfermagem, pois é possível a identificação de variadas doenças.¹ No entanto, anotações de enfermagem incompletas suprimem informações importantes e geram dúvidas sobre a assistência realizada.¹³

Destaca-se ainda que, sendo uma unidade de internação pediátrica, geralmente os acompanhantes é que administram as dietas orais ou fazem a troca de fraldas, ficando sob a responsabilidade do profissional de enfermagem solicitar tal informação para que possam anotar no prontuário. Ou seja, como o profissional de enfermagem não está no momento destes cuidados, ele precisa solicitar que o acompanhante descreva verbalmente para ele ou solicite sua presença quando forem prestados os referidos cuidados.

Houve anotações relativas à atividade motora da criança hospitalizada, conforme cinco trechos das anotações:

Criança ativa (...) (P.22)

Criança ativa (...) (P.16)

Cça ativinha (...) (P.4)

Cça ativa e reativa ao manuseio (...) (P.10)

Cça ativa(...) (P.18)

Neste grupo de anotações, existiu uma preocupação da equipe de enfermagem em registrar a atividade motora da criança. Supõe-se ser uma informação reproduzida, sem uma avaliação efetiva dela, demonstrando, nesse sentido, a falta de conhecimento sobre a repercussão e a importância desta avaliação clínica. Destaca-se ainda a anotação de um profissional de enfermagem que descreveu a atividade motora no diminutivo, não representando a formalidade que possui este documento.

Nas anotações acerca do nível de consciência, é indispensável avaliar e anotar as respostas (abertura de olhos, resposta verbal e resposta motora) das crianças aos estímulos sensoriais (dor, calor, toque, som, outros), evitando-se o uso de abreviações não universais e jargões.¹

Neste estudo, ficou visível que os profissionais de enfermagem anotaram a atividade motora da criança sem efetivamente criar os estímulos para a avaliação, ou seja, o registro foi relativo ao que o profissional encontrou no momento que se aproximou da criança.

Das anotações, também foram encontradas descrições referentes às interpretações dos valores dos sinais vitais alterados e queixas algicas:

(...) com leve taquipnéia (...) (P.10)

(...) eupneica, hidratada (...) (P.18)

Sem queixas algicas (...) (P.13)

(...) Acamada, hidratada (...) (P.17)

As alterações dos sinais vitais são componentes importantes da avaliação clínica da criança, no entanto, por serem dados objetivos, não cabe o registro “leve taquipneia”. O termo “leve” é subjetivo e não tem significado para avaliação do sistema respiratório, que em crianças deve ser avaliado de acordo com a idade, ou seja, quanto menor a criança maior é a frequência respiratória.

O padrão respiratório deve ser acompanhado de informações de cianose, esforço respiratório, tosse e febre.¹⁴ Ainda outros indicadores importantes sobre o estado geral da criança como, hidratação e coloração da pele apresentam uma baixa frequência de anotações. Esses dados são consultados pelos profissionais de saúde para comporem um arcabouço mais completo de informações sobre a criança e direcionar as condutas terapêuticas,¹⁵ destacando-se que a avaliação dos sinais vitais isoladamente não faz parte de uma avaliação clínica de qualidade.

Além da descrição da situação clínica geral da criança, foram encontradas descrições referentes aos tipos de dispositivos venosos utilizados.

(...) Com jelco salinizado para terapia com ATB (antibiótico). (P.14)

(...) Jelco salinizado em MSD (membro superior direito). (P.1)

Preocupação dos profissionais de enfermagem, principalmente quanto ao uso de dispositivo venoso e neste caso, as anotações deveriam ser relativas ao local, tamanho do dispositivo, tempo de permanência, características do óstio da punção e permeabilidade. O material empírico deste estudo aponta que o profissional de enfermagem se preocupa apenas em descrever que a criança está em uso, não se atentando a essas outras informações.

A punção da via intravenosa é de responsabilidade do enfermeiro, e sua anotação deve conter as características da realização do procedimento.^{5, 10} Em crianças com punção venosa, devem ser registrados o tipo, o local e o calibre do dispositivo utilizado, o que está sendo infundido, bem como a data da punção e, o tipo de curativo e fixação.¹

O conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos mecanismos que envolvem a instalação e a manutenção do acesso venoso é de extrema importância, pois os mesmos possibilitam segurança à criança, além de garantirem

preservação e detecção precoce de possíveis complicações. Devido às características de fragilidade da rede venosa nas crianças, a punção e manutenção de dispositivos venosos constituem um desafio para a equipe de enfermagem, sendo necessário, algumas vezes, inúmeras tentativas de punção.¹⁷

Conforme o trecho encontrado em P.2, o profissional de enfermagem informou sobre o motivo pelo qual não foi administrada a medicação do horário prescrito e as várias tentativas de punção.

(...) medicação não foi feita porque perdeu acesso venoso e foi realizado inúmeras tentativas de nova punção sem sucesso. Puncionado novo acesso venoso em MSE (membro superior esquerdo). (P.2)

Constatou-se que houve uma preocupação para justificar o atraso da administração medicamentosa. No entanto, faltaram informações como: tipo e número do dispositivo venoso utilizado, número de tentativas de punção, características da pele nesses locais, conduta tomada, local da via anterior e outros.

Ainda, no que se refere a dispositivos tecnológicos utilizados pela criança, foram encontrados trechos que descrevem o uso de macronebulização e traqueostomia.

(...) em uso de macronebulização intermitente (...) Em uso de TQT (traqueostomia)[...] (P. 17)

Entendendo-se que, se a criança com traqueostomia usa ainda macronebulização, se faz necessária uma descrição que possa informar as características da secreção e do óstio da traqueostomia, bem como, o fluxo de oxigênio e saturação da criança, pois diante o uso de tal dispositivo é previsto que a criança esteja monitorizada.

De acordo com as recomendações para registro de enfermagem do COFEN, gestão 2015/2018, e com base nas Resoluções m. 429/2012 e n. 311/2007, o enfermeiro deve anotar data e hora, tipo e número da cânula de traqueostomia, as condições da pele, troca ou a limpeza da endocânula, intercorrências e providências adotadas.¹⁸

Deste modo, o conteúdo das anotações foi superficial e incompleto, pois não descreveu cuidado de enfermagem prestado à criança portadora deste dispositivo, assim como não valorizou sua condição de saúde.

Cuidados de enfermagem: curativo e higiene corporal

As informações relativas aos cuidados de enfermagem prestados à criança hospitalizada ficaram restritas à higiene corporal e aos curativos.

No que se refere à higiene corporal, foram destacados quatro trechos abaixo:

(...) Realizado banho + cuidados gerais (P.20)
(...) Realizado banho no leito. Segue em observação (P.8)
(...) Realizada higiene corporal (...)(P.6)
(...) Realizado banho e demais cuidados de enfermagem (...)(P.11)

Constatou-se, nestas anotações, que as informações foram vazias, sem valor profissional, pois foi isenta de dados clínicos ou da condição de saúde da criança ou propriamente o tipo de cuidado prestado à clientela pediátrica.

Acrescenta-se, ainda, que citar “cuidados gerais” e “demais cuidados” de enfermagem não possibilita comunicação efetiva e valor legal das anotações realizadas.^{1,2,10} A expressão “segue em observação”, é subjetiva e não fornece dados objetivos para avaliar a situação de saúde e nortear a assistência de enfermagem.⁵

Conforme o COFEN recomenda, a data e a hora do procedimento, o tipo do banho (imersão, aspersão, no leito), o tempo de permanência no banho (imersão – tolerância e resistência do paciente; aspersão – cadeira de banho, auxílio; no leito – alterações de pele, alergia ao sabão e hiperemia em proeminências ósseas) e providências adotadas (massagem de conforto, movimentos passivos, aplicação de pomadas ou gel) devem fazer parte das informações registradas.¹⁸

Ainda, no que se refere à higiene corporal, pode-se afirmar que ela foi feita pelo familiar/acompanhante. Ou seja, excetuando-se o banho no leito, que requer a presença do profissional de enfermagem por ser um cuidado considerado complexo, os banhos de imersão e de aspersão foram feitos pelo familiar/acompanhante nos cenários de internação pediátrica, cabendo-lhes informar ao profissional quando este o consultou. Neste sentido, entendeu-se que somente cabe ao profissional de enfermagem, efetivamente anotar o cuidado prestado por ele.

Em estudo desenvolvido em uma UIP, evidenciou-se que a higiene corporal das crianças é feita pelo familiar/acompanhante, no entanto, o profissional de enfermagem ao anotar em prontuário não valoriza o cuidado prestado pelo outro.¹⁹

A literatura recomenda que os profissionais de enfermagem incluam a família em seu plano de cuidados, favorecendo seu convívio e promovendo ações que contemplem as singularidades do acompanhante, tais como escuta atenta, respeito, construção de vínculo com a família e acolhimento. Entretanto, além de incluir é necessário registrar os cuidados realizados pelos acompanhantes e os cuidados compartilhados entre a equipe e os mesmos.²⁰

Ainda, referente aos cuidados de enfermagem, também foram constatados registros relacionados aos curativos.

(...) Curativo limpo e seco em MID (membro inferior direito). (P. 19)

(...) Realizado curativo com sulfadiazina de prata + SF 0,9% (soro fisiológico 0,9%) (P. 24)

(...) Realizado curativo em MSD (membro superior direito) com SF 0,9% (soro fisiológico 0,9%) (...) (P. 26)

Destaca-se, nestes trechos, que não há uma preocupação em especificar o local, as características da lesão de forma a garantir uma avaliação mais criteriosa quanto à evolução e eficácia do curativo realizado, bem como não existe um padrão das informações fornecidas.

No Brasil, o registro de enfermagem faz parte da rotina de cuidados de enfermagem, entretanto, a equipe muitas vezes

não utiliza uma linguagem padronizada para esta finalidade e o faz de modo assistemático.²¹

As anotações de enfermagem devem assegurar a transmissão de informações para continuidade do cuidado, avaliar como este vem sendo desenvolvido, e as repercussões na saúde da criança hospitalizada, bem como, devem englobar todos os procedimentos realizados e materiais utilizados.² O curativo é responsabilidade técnica e legal do enfermeiro, que ao final do procedimento deve realizar o registro, buscando descrever a localização anatômica e características da lesão, assim como o material utilizado.^{1,10}

O local da lesão, sua dimensão, data e horário, sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade), necessidade de desbridamento, tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, outros), material utilizado e nível de dor ao procedimento são informações que devem constar das anotações da enfermeira, no prontuário.¹⁸

O Código de Ética Brasileiro dos Profissionais de Enfermagem,⁵ que ampara legalmente os direitos e deveres do exercício profissional, especificamente, na Resolução n. 311/2007, na Seção IV, Das relações com as organizações empregadoras – Direitos, no seu art. 68 deve “registrar no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem informações referentes ao processo de cuidar da pessoa”.¹⁰

A partir de 2009, de acordo com a Resolução n. 358 do COFEN, todos os hospitais devem implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem que em seu art. 6º, a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, recomendando a anotação de um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana, bem como os diagnósticos de enfermagem, ações ou intervenções de enfermagem e seus resultados alcançados.²² Comisso, a Resolução acaba por obrigar que os profissionais de enfermagem, se qualifiquem e apliquem seus conhecimentos científicos para melhor atender a clientela assistida.

Assim, a qualidade das anotações demonstra o grau de preparo dos profissionais para o cuidar, bem como, os registros imprecisos podem ser interpretados como deficiência na qualidade da assistência sem que isto seja verdadeiro.^{1,5}

O estudo apresenta limitações devido ao número restrito de prontuários estudados e por ser um cenário único, no entanto, pode-se depreender pelos resultados encontrados que ainda há muito por se fazer, não somente porque há uma premência da equipe de enfermagem implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, mas principalmente porque as anotações são fundamentais e parte deste processo.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou que a equipe de enfermagem faz anotações procurando descrever alguns dados clínicos e o cuidado prestado à criança. No entanto, devido às anotações serem incompletas, se tornaram de pouca qualidade. Pode-se supor que o espaço de anotação destinado a este profissional justifique o uso de abreviaturas, baixa frequência das anotações

e qualidade do seu conteúdo, não refletindo efetivamente o cuidado prestado.

Destaca-se ainda que as características das anotações de enfermagem trazem implicações assistenciais e éticas que comprometem sensivelmente sua qualidade, pois não reproduz efetivamente o que se desenvolve como assistência de enfermagem.

Com os resultados deste estudo, foi possível dar subsídios aos gestores de enfermagem do cenário do estudo, quanto a necessidade de qualificar os profissionais de enfermagem referente à qualidade das suas anotações, bem como buscar o reconhecimento destas anotações nos espaços da folha de evolução médica.

REFERÊNCIAS

1. Mira VL, Oliveira LFMN, Ferrari CRS, Ortiz DCF, Follador NN. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH (organizadoras). Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5. ed. revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone; 2012.
2. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta paul enferm* [Internet].; 2011 [cited 2015 Jan 25];24(4):527-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400013>
3. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* [Internet].; 2011;67(9):1858-75. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x/pdf>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x
4. Savini LT, Nóbrega MML, Saporoli ECL, Barros ALBL. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. *Rev esc enferm USP* [Internet].; 2014 [cited 2016 Apr 05]; 48(2):250-256. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200250&lng=en.
5. Pedrosa KKA, Souza MFG, Monteiro ALO enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. *Rev RENE* [Internet].; 2011 [cited 2015 Fev 20];12(3):568-73. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/266>.
6. Nagliate PC, Rocha ESB, Godoy S, Mazzo A, Trevizan MA, Mendes, IAC. Individualized teaching programming for a virtual learning environment: development of content concerning nursing records. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet].; 2013 [cited 2015 Dez 15];21(esp):122-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700016>
7. Claudino HG, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UERJ* [Internet].; 2013 [cited 2015 Set 15];21(3):397-402. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/7550>.
8. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
9. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 dez 2012 [acesso em: 10 Fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
10. Resolução Nº 311 do Conselho Federal de Enfermagem de 9 de fevereiro de 2007 (BR) [Internet]. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. [acesso em: 20 Set 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf
11. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Qualidade das anotações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf* [Internet].; 2012 [cited 2014 Dez 10];14(3):610-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a18.htm>.

12. Prieto MB, Cid JL. Malnutrition in the critically ill child: the importance of enteral nutrition. *Int J Environ Res Public Health* [Internet].; 2011 [cited 2016 Mar 12]; 8(11):4353-66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228575/>
13. Blank CY, Sanches EN, Leopardi MT. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. *Rev Eletr Enf* [Internet].; 2013 [cited 2015 Jan 27]; 15(1):233-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15082>.
14. Nóbrega RV, Nóbrega MML da, Silva K de L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. *Rev bras enferm* [Internet].; 2011 [cited 2015 Fev 20]; 64(3):501-510. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300014>.
15. Rosa LA, Caetano LA, Matos SS, Dener CR. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. *Rev Min Enferm* [Internet].; 2012 [cited 2016 Mar 24]; 16(4):546-553. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000400010>
16. Purser L, Warfield K, Richardson C. Making pain visible: an audit and review of documentation to improve the use of pain assessment by implementing pain as the fifth vital sign. *Pain Manag Nurs* [Internet].; 2014 [cited 2015 Jan 28]; 15(1):137-42. Disponível em: [http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(12\)00126-9/fulltext](http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(12)00126-9/fulltext).
17. Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery* [Internet].; 2010 [cited 2016 Oct 10]; 14(3):551-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300017>.
18. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registros de enfermagem [Internet]. 2016 [acesso em: 30 Set 2016]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf>
19. Lima AFC, Melo TO. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. *Rev esc enferm USP* [Internet].; 2012 [cited 2015 Jan 10]; 46(1):175-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100024>.
20. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Siqueira KM, Peixoto MKAV. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev bras enferm* [Internet].; 2013 [cited 2016 Oct 10]; 66(4):473-478. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400002>.
21. Linch GF, Rabelo SER, Keenan GM, Moraes MA, Stifter J, Müller SM. Validation of the Quality of Diagnoses, Interventions, and Outcomes (Q-DIO) instrument for use in Brazil and the United States. *Int J Nurs Knowl* [Internet].; 2015 [cited 2015 Mar 15]; 26(1):19-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24674040>.
22. Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem de 15 de outubro de 2009 (BR) [Internet]. 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 [acesso em: 20 Set 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

Recebido em: 01/06/2017

Revisões requeridas: 12/07/2017

Aprovado em: 24/08/2017

Publicado em: 01/01/2019

Autor responsável pela correspondência:

Rita de Cássia Melão de Moraes

Rua Afonso Cavalcante, nº 275, Bairro Cidade Nova, Rio
de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

CEP: 20.211-110

E-mail: ritamelao@gmail.com