

QUALIDADE DOS REGISTROS DOS CONTROLES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

QUALITY CONTROL OF PATIENTS' MONITORING RECORDS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

CONTROL DE CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Vanessa Gomes Maziero¹
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi²
Maria do Carmo Lourenço Haddad²
Dagmar Willamourius Vituri³
Cristiane Nakaya Tada⁴

¹ Enfermeira residente de Gerência dos Serviços de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina, PR – Brasil.

² Professora Doutora do Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, PR – Brasil.

³ Enfermeira MS. Encarregada da Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da UEL. Londrina, PR – Brasil.

⁴ Enfermeira Residente de Gerência dos Serviços de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Vanessa Gomes Maziero. E-mail: vamaziero@yahoo.com.br

Submetido em: 18/01/2012

Aprovado em: 13/11/2012

RESUMO

Objetivou-se com este artigo analisar a qualidade dos registros dos controles de enfermagem realizados em uma unidade de internação de adultos de um hospital universitário. Trata-se de estudo descritivo, prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado com base em dados secundários obtidos na Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem da instituição em estudo, referente aos meses de outubro de 2008, outubro de 2009 e julho de 2010. As anotações foram consideradas satisfatórias nos meses de outubro de 2008 e julho de 2010 e insatisfatórias em outubro de 2009. Embora houvesse melhora dos registros dos controles de enfermagem em 2010, alguns itens de extrema importância ainda foram considerados insatisfatórios. As inadequações devem ser revistas para aperfeiçoar o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e sua equipe, garantindo registros dos controles de enfermagem fidedignos.

Palavras-chave: Enfermagem; Registros de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Evaluating the quality of records' controls carried out in a nursing unit for adults in a university hospital. A descriptive, prospective approach quantitative study based on secondary data, which was gotten from the Office of Quality Control Nursing Care of the institution studied, which refers to the months of October 2008, October 2009 and July 2010. The notes were considered satisfactory during October 2008 and July 2010, and unsatisfactory in October 2009. Although there was improvement in the records of the controls nursing in 2010, some items of extreme importance were still unsatisfactory. All these deficits must be revised to improve the process of Nurses working and their team, ensuring records nursing reliable controls.

Keywords: Nursing; Nursing Records; Quality of Health Care.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar la calidad de los registros de controles de la enfermería de adultos de un hospital universitario. Se trata de un estudio prospectivo descriptivo con enfoque cuantitativo realizado en base a datos secundarios obtenidos en la Asesoría de Control de Calidad de Atención de Enfermería de la institución estudiada, referentes a los meses de octubre de 2008, octubre de 2009 y julio de 2010. Las notas consideradas satisfactorias son las de los meses de octubre de 2008 y julio de 2010, e insatisfactorias las del octubre de 2009. A pesar de haber habido mejora en los registros en 2010, elementos sumamente importantes seguían siendo considerados insatisfactorios. Las deficiencias deben ser analizadas para mejorar el proceso de trabajo de los enfermeros y que los registros de control de enfermería sean confiables.

Palabras clave: Enfermería; Registros de Enfermería; Calidad de Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

Florence Nightingale foi uma enfermeira britânica, famosa pelo tratamento de feridos na guerra da Crimeia. Seu trabalho destacou-se não somente na assistência aos enfermos, como também na organização do ambiente hospitalar e na contribuição no campo da estatística, com a utilização de métodos de representação visual de informações. Considerada a mais importante precursora da enfermagem como profissão, ela utilizava dados coletados da assistência prestada, analisando-os e organizando-os de forma que eram transformados em fontes importantes de informações para a melhoria do atendimento. Além disso, atribuiu significado aos registros de enfermagem, e em 1856, em seu livro *Notas sobre enfermagem*, escreveu que os fatos observados pela enfermeira deviam ser relatados ao médico de forma precisa e correta.¹

Registros de enfermagem são caracterizados como anotações de enfermagem, destinados a toda equipe de saúde e são fundamentais para a efetivação do Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).¹

Os registros, ou anotações de enfermagem, são classificados em: gráficos, sinais gráficos de checagem na prescrição médica e de enfermagem e anotações descritivas, compostas por dados numéricos de ordem biológica – por exemplo controles de enfermagem; e narrativa escrita, que descreve todas as ações de cuidados com o paciente e família.²

Os registros são fontes de documentação das ações e atividades exercidas pela equipe de enfermagem, tornando-se uma forma de garantir e comprovar a prestação do cuidado e a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Eles ainda fornecem informações específicas para a continuidade do cuidado, além de subsidiar a elaboração de um plano assistencial efetivo e individualizado. Legalmente, são considerados como documentos para embasar questões jurídicas, educacionais e de pesquisa, além de servirem como uma forma de comunicação entre a equipe, fornecendo subsídios para as condutas médicas.^{1,3} O ato de registrar ações realizadas pela equipe indica a qualidade da assistência que está sendo prestada e comprova a boa prática profissional, além do cumprimento ético-legal exigido pela profissão de enfermagem.³

A não realização dos registros de enfermagem, ou a realização do registro de forma inadequada, explicita uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência prestada pelo enfermeiro e sua equipe.⁴

No sentido de mensurar a assistência de enfermagem com base em padrões de qualidade preestabelecidos, lança-se mão das atividades de auditoria do cuidado.

A auditoria do cuidado consiste em uma estratégia para avaliar sistemática e formalmente as atividades realizadas e apli-

tabilidade da SAE pelo enfermeiro, apontando as deficiências das ações e medindo a qualidade da assistência por meio das anotações/registros e evoluções do paciente.⁵

A avaliação da qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem engloba analisar a forma como a realização do cuidado é registrada. As anotações refletem como os profissionais realizam o cuidado e demonstram a qualidade do serviço prestado.⁵

Na instituição hospitalar em estudo, a SAE é aplicada desde a década de 1980, portanto está incorporada à filosofia do Serviço de Enfermagem.

No entanto, na prática diária da instituição tem-se o receio de que a prescrição de enfermagem, na condição de instrumento de trabalho e de comunicação entre os membros da equipe de saúde, esteja sendo desvalorizada em razão da qualidade dos registros de enfermagem nela contidos.

Nesse sentido, tem-se a seguinte questão de pesquisa: “Qual a qualidade dos registros dos controles de enfermagem na prescrição de enfermagem, em uma unidade médico-cirúrgica de um hospital universitário?”

Dessa maneira, o objetivo com este estudo foi analisar a qualidade dos registros dos controles de enfermagem realizados em uma unidade de internação de adultos de um hospital universitário.

Optou-se por realizar um estudo minucioso da qualidade dos registros de enfermagem, mais especificamente os controles de enfermagem, com a finalidade de prover subsídios para futuras discussões sobre os registros de enfermagem na promoção da qualidade em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital universitário de alta complexidade do norte do Paraná, que possui 312 leitos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS), destinados a atender pacientes em nível ambulatorial e internados em todas as especialidades médicas.

Os dados foram coletados do banco de dados do serviço de Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem (ACQAE) da instituição, subordinado à diretoria de enfermagem. Esta assessoria avalia a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes nas unidades de internação adulto e infantil, bem como de unidades de atendimento desse hospital.

O material utilizado no estudo diz respeito aos resultados da auditoria operacional do cuidado de enfermagem, quanto à qualidade das anotações dos controles realizados pela equipe de enfermagem de uma unidade de internação médico-cirúrgica, que possui 67 leitos e é exclusiva para paciente do sexo masculino com idade superior a 12 anos. A equipe de enfermagem da unidade é composta por 26 técnicos de enfermagem, 26 auxiliares de enfermagem, 5 atendentes operacionais e 8 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada com base nos relatórios da auditoria das prescrições de enfermagem emitidos pela ACQAE, referentes a 2008, 2009 e 2010. Os dados foram coletados por estagiários em caráter curricular não obrigatório, alunos do terceiro e do quarto ano do curso de graduação em enfermagem, após capacitação e com acompanhamento do enfermeiro responsável pela ACQAE.

A referida assessoria realiza a auditoria das prescrições de enfermagem com o auxílio de um instrumento específico que aborda seis itens: dados de identificação; elaboração da prescrição de enfermagem; anotações de enfermagem; controles de enfermagem; execução da prescrição médica; cuidados específicos prestados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto I e II, Pediátrica e Neonatal. Cada item possui indicadores que representam as questões norteadoras na coleta de dados realizada pela ACQAE e para os quais se atribuem os critérios: Completo, Incompleto, Não preenchido e Incorreto.

Neste estudo, restringiu-se à análise do item "Controles de enfermagem", que possui 13 indicadores, como norteadores no processo de avaliação.

Os controles de enfermagem estão impressos no verso da folha de prescrição de enfermagem da instituição. Os 13 itens de avaliação da qualidade das anotações dos controles de enfermagem foram: Há registros de higiene oral pelo menos três vezes ao dia? Há registro de higiene corporal diária? Há controles de sinais vitais pelo menos três vezes ao dia com intervalo máximo de oito horas? O peso é controlado uma vez por dia quando necessário pela manhã? As micções são controladas pelo menos a cada seis horas? As evacuações foram controladas a cada período? A ocorrência de vômitos foi registrada a cada período? A ingestão de líquido foi controlada pelo menos a cada seis horas? A ingestão de alimentos foi controlada pelo menos a cada seis horas? O volume de drenos (Penrose, Kher, Derivação ventricular externa, tubulares) e/ou sondas foi controlado no mínimo a cada seis horas? O volume do dreno de tórax foi controlado a cada 24 horas? Os procedimentos invasivos estão datados? Os procedimentos controlados possuem horário e rubrica na frente ou no verso da prescrição?

Para a classificação da qualidade dos registros avaliados, baseou-se em estudo realizado na mesma instituição⁶ que propõe cinco níveis de avaliação do preenchimento: 1. Não se aplica; 2. Completo; 3. Incompleto; 4. Não preenchido; e 5. Incorreto. Os registros foram considerados satisfatórios ao atingirem níveis de preenchimento igual ou maior a 80%, não ultrapassando 15% para o item incompleto, 5% para o não preenchido e 0% para incorreto. Quando atingem o nível de preenchimento descrito acima, as anotações são consideradas satisfatórias.

Os dados foram tabulados e analisados no programa Excel e apresentados em forma de tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR, registrado no Sistema Nacional de Informações de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (Sisnep), com o CAAE nº 0082.0.268.000.06.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados os percentuais de cada critério, por item avaliado, de forma individual (desempenho por item); na Tabela 2, é apresentada a média percentual de todos os itens, ou seja, o desempenho geral.

Na Tabela 1, consta o resultado do preenchimento de cada item do controle de enfermagem analisado nas prescrições de enfermagem de pacientes internados na unidade médico-cirúrgica masculina, em outubro de 2008 e de 2009, e julho de 2010.

Os resultados apresentados na Tabela 1, em outubro de 2008, mostraram que dos 13 itens analisados sobre os registros dos controles de enfermagem 8 apresentaram-se *satisfatórios*, com registros completos acima de 80%. Os itens considerados *insatisfatórios* apresentaram a avaliação com resultados incompletos variando de 83% para o maior item incompleto e 33% para o menor item. Para os itens com preenchimento incompletos destacaram-se: Os procedimentos controlados possuem horários e rubrica na frente ou no verso da prescrição? A ingestão de líquidos foi controlada, pelo menos, a cada seis horas? O volume de drenos (Penrose, Kher, Derivação ventricular externa, tubulares) e/ou sondas foi controlado, no mínimo, a cada seis horas?

Apenas um item do relatório de outubro de 2008 é considerado *insatisfatório* para o critério Não preenchido, pois atingiu a porcentagem maior que 5%. Nenhum item descrito no relatório de outubro de 2008 foi considerado incorreto.

Verificou-se que os itens "A ocorrência de vômitos foram registrados a cada período" e "O volume de dreno de tórax foi controlado a cada 24 horas" não foram avaliados no mês de outubro de 2008. O motivo do não registro dessa informação não está anotado no relatório analisado.

Em outubro de 2009, dos 13 itens analisados, 8 foram considerados *satisfatórios*, com registros dos controles de enfermagem acima ou igual a 80% completos, e quatro foram considerados *insatisfatórios*. Desses, 93% de preenchimento estava incompleto para o item "Os procedimentos controlados possuem horário e rubrica na frente ou no verso da prescrição". Observou-se, ainda, que nenhum item foi considerado incorreto ou insatisfatório por estar não preenchido, pois nenhum deles atingiu porcentagem maior ou igual a 5% para o critério Não preenchido ou acima de 0% para o critério Incorreto.

No relatório de outubro de 2009 não foi encontrado registro do item "O peso é controlado uma vez por dia quando necessário pela manhã", bem como a descrição dos motivos da falta dessa informação.

Tabela 1 - Análise da qualidade dos registros de controles de enfermagem, por item, na unidade médico-cirúrgica masculina, de outubro de 2008 e de 2009, e julho de 2010 – Londrina-PR

Itens de Avaliação	* Critérios em %											
	Outubro 2008				Outubro 2009				Julho 2010			
	CP	INP	NP	INC	CP	INP	NP	INC	CP	INP	NP	INC
1. Há registro de higiene oral pelo menos três vezes ao dia?	100	0	0	0	98	0	2	0	100	0	0	0
2. Há registro de higiene corporal diária?	100	0	0	0	98	0	2	0	100	0	0	0
3. Há controle de sinais vitais, pelo menos, três vezes no dia com intervalo máximo de oito horas?	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
4. O peso é controlado uma vez por dia quando necessário pela manhã?	100	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
5. As micções foram controladas, pelo menos, a cada seis horas?	87	3	0	0	78	20	2	0	93	7	0	0
6. As evacuações foram controladas a cada período?	96	14	0	0	93	5	2	0	98	0	2	0
7. A ocorrência de vômitos foi registrada a cada período?	-	-	-	-	100	0	0	0	4	67	29	0
8. A ingestão de líquidos foi controlada, pelo menos, a cada seis horas?	55	34	10	0	70	26	4	0	45	50	5	0
9. A ingestão de alimentos foi controlada, pelo menos, a cada seis horas?	93	7	0	0	80	18	2	0	80	18	3	0
10. O volume de drenos (Penrose, Kher, Derivação ventricular externa, tubulares) e/ou sondas foi controlado, no mínimo, a cada seis horas?	67	33	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
11. O volume do dreno de tórax foi controlado a cada 24 horas?	-	-	-	-	100	0	0	0	100	0	0	0
12. Os procedimentos invasivos estão datados?	100	0	0	0	100	0	0	0	83	0	17	0
13. Os procedimentos controlados possuem horário e rubrica na frente ou no verso da prescrição?	13	83	4	0	7	93	0	0	100	0	0	0

Notas: * CP – Completo; INP_0 Incompleto; NP – Não preenchido; INC – Incorreto. – Itens que não foram analisados no mês de outubro de 2009.
 Fonte: ACQAE, hospital em estudo, 2011.

As qualidades dos controles de enfermagem do mês de julho de 2010 apresentados na Tabela 1 demonstraram que nove itens apresentaram-se *satisfatórios* para o critério Completo, três itens foram considerados incompletos com porcentagem igual ou maior a 15%. Os itens considerados *insatisfatórios* para o critério Incompleto variaram de 67% a 18%. O item com maior porcentagem de incompleto foi “A ocorrência de vômitos foi registrada a cada período”. Dois itens do relatório de julho de 2010 foram considerados *insatisfatórios* para o critério Não preenchido, por não atingirem mais de 5%. Nenhum item descrito foi considerado incorreto.

Identificou-se que no mês de julho de 2010 não houve registro de avaliação do item “O peso é controlado uma vez por dia quando necessário pela manhã”, tampouco o motivo da ausência dessa informação no relatório analisado.

Na Tabela 2, apresenta-se um comparativo dos dados entre os três períodos analisados.

Conforme a Tabela 2, no cômputo geral, os registros dos controles de enfermagem foram considerados *satisfatórios* em outubro de 2008 (100% completo) e julho de 2010 (84,91%, Completo; 11,08%, Incompleto; e 4,01% Não preenchido). Em 2009, os registros dos controles de enfermagem foram considerados *insatisfatórios*. Os relatórios não apresentaram níveis de preenchimento incorreto em nenhum dos três períodos estudados.

Tabela 2 - Análise comparativa geral da qualidade dos registros de controles de enfermagem na unidade médico-cirúrgica masculina, de outubro de 2008 e de 2009, e julho de 2010 – Londrina-PR

Critérios em %	outubro 2008	Outubro 2009	Julho 2010
Completo	100	79,44	84,91
Incompleto	0	19,15	11,08
Não preenchido	0	1,41	4,01
Incorreto	0	0	0

Fonte: ACQAE, hospital em estudo, 2011.

DISCUSSÃO

A unidade de internação pesquisada apresenta estrutura física antiga dificultando o atendimento aos pacientes ali internados. A equipe de enfermagem é composta, em sua maioria, por técnicos e auxiliares de enfermagem experientes que trabalham na instituição há mais de cinco anos, sendo em numero menor do que o necessário para o atendimento adequado aos pacientes. Os servidores dessa unidade são responsáveis pelo atendimento de pacientes com diferentes graus de complexidade e de diversas especialidades médicas.

É importante ressaltar que os controles de enfermagem devem ser registrados de forma correta e completa, possibilitando uma avaliação do paciente por todos os profissionais da equipe de saúde detalhando o progresso desses adiante das in-

tervenções realizadas. Quando os dados são registrados de forma incompleta, incorreta ou não preenchidos, podem acarretar uma assistência inadequada e não individualizada.⁷

Nos relatórios dos três períodos estudados, verificaram-se itens completos que mantiveram os resultados *satisfatórios* nos três anos descritos: registros de higiene oral, higiene corporal, sinais vitais, evacuações controladas a cada período, ingestão de alimentos, e se os procedimentos invasivos estão datados. Esses são controles de rotinas supervisionados pelo enfermeiro responsável pelo paciente e prescrito por ele.

Os itens considerados incompletos, em dois ou nos três anos descritos, relacionam-se a situações que deverão ser observadas durante o plantão e registradas no momento em que acontece como a ocorrência de vômitos, a ingestão de líquidos e o volume de drenos. É de extrema importância o cumprimento da prescrição de enfermagem na rotina de toda a equipe, pois promove-se assistência de maior qualidade ao paciente institucionalizado, trazendo vantagens para toda a equipe por direcionar as ações e salientar o papel do profissional enfermeiro dentro da unidade.³

No relatório de avaliação de outubro de 2008 e outubro de 2009, o item "Os procedimentos controlados possuem horários e rubrica na frente ou no verso da prescrição?" foi considerado *insatisfatório*, pois se apresentou incompleto. Esse resultado mostrou que muitos profissionais de enfermagem não estão se identificando após a realização dos registros.

Uma pesquisa realizada em um hospital-escola no interior paranaense encontrou resultados semelhantes quanto às identificações de autorias do cuidado, comprovando que nos prontuários analisados os registros de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em sua maioria, não foram identificados com o nome do profissional, data e hora do registro. O autor do estudo conclui que os registros não mostraram a atuação desses profissionais.⁸

A mesma lacuna foi identificada em um estudo realizado em um hospital geral privado na zona leste de São Paulo, em que o nome do autor nos registros de enfermagem e outros dados, como profissão e Coren, foram considerados incompletos em 53% dos prontuários analisados; não apresentou identificação em 12% destes; e completos apenas em 35% prontuários.⁹

Em contrapartida, no relatório de avaliação de 2010 deste estudo, o item "Os procedimentos controlados possuem horários e rubrica na frente ou no verso da prescrição?" foi considerado *satisfatório*, com 100% para o critério Completo, obedecendo à Resolução nº 191/96 do COFEN, que estabelece que os registros devem conter a identificação da pessoa que fez o registro de enfermagem, com dados, como o nome completo, número do Coren e carimbo de quem executou a ação.¹⁰

Observou-se que no relatório de avaliação de julho de 2010 houve melhora considerável dos registros dos controles de enfermagem, comparados aos do ano anterior. Neste últi-

mo ano, foi considerado *satisfatório* com 84,91% para o critério Completo se comparado com o ano anterior em que apenas 79,44% foram considerados completos.

Esse resultado *satisfatório* apresentado em 2010 foi conquistado por causa do trabalho desenvolvido na instituição pela ACQAE. Essa assessoria, após a coleta e tabulação dos dados, elabora relatórios de desempenho e apresenta-os para a respectiva unidade, especificamente para o gerente de enfermagem e chefe de seção, a quem compete a contextualização deles com a sua equipe de enfermagem.

Além disso, a ACQAE distribui *folders* educativos para a equipe de saúde. Os programas de capacitação especificamente voltados para os registros de enfermagem acontecem, no mínimo, uma vez ao ano. Por meio da auditoria, a equipe de enfermagem tem acesso a dados que mostram as potencialidades e as fragilidades da assistência que está sendo prestada ao indivíduo, revelando soluções e sugestões; portanto a equipe de saúde tem a oportunidade de mudar a condição do cuidado.^{4,5}

Os resultados também são apresentados à Diretoria de Enfermagem e Divisão de Educação e Pesquisa (Depe), que, na medida do possível, promove capacitação direcionada aos problemas detectados pelo processo avaliativo.

Embora tenha havido melhora dos registros dos controles de enfermagem em 2010, alguns itens de extrema importância ainda foram avaliados como *insatisfatórios* e devem ser trabalhados no intuito de garantir a qualidade das informações e, consequentemente, das ações de cuidado.

Pesquisa¹¹ realizada em um hospital universitário do sul do país apresentou, em seus resultados, que, embora os enfermeiros reconheçam a importância dos registros de enfermagem, há descentralização e insuficiência dos registros. Na pesquisa em questão, foram identificados como limitação referente aos registros de enfermagem a insuficiência de recursos humanos, a falta de tempo hábil para realizar os registros e o excesso de atividade administrativo-burocráticas. No estudo, sugere-se como uma das alternativas para melhorar a questão da qualidade dos registros de enfermagem fornecer um ambiente ocupacional adequado e melhores condições para os profissionais, mediante a reorganização dos serviços de enfermagem.

Os registros dos períodos analisados foram considerados 0% não preenchido em outubro de 2008, 1,41% não preenchido em outubro de 2009 e 4,01% não preenchido em julho de 2010. Esse resultado denota que algumas informações importantes sobre o paciente não foram sendo registradas. Um estudo¹² de revisão de literatura conclui que as anotações realizadas de forma antiética podem acarretar despesas, além de uma imagem degradante da instituição. Quando as informações são omitidas, podem gerar consequências tanto jurídicas como financeiras.

O Decreto do Conselho Federal de Enfermagem nº 94.406, de 8 de junho de 1987, dispõe, em seu artigo 14, que o profissio-

nal de enfermagem deve “anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem para fins estatísticos”¹³. E a resolução Cofen nº 311/2007, que aprova a nova reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem, dispõe, no seu artigo 68, que se deve “registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa”¹².

A assistência de enfermagem e os cuidados prestados aos clientes podem ser avaliados por meio dos registros de enfermagem. A qualidade da documentação das ações realizadas pela equipe de enfermagem demonstra a produtividade do trabalho exercido pelos profissionais da equipe que presta o cuidado direto ao paciente e possibilita a análise dos resultados dessas ações.¹³

Os enfermeiros devem aprimorar seus conhecimentos a fim de treinar sua equipe quanto aos aspectos éticos, técnicos e legais das anotações de enfermagem, para que os dados sejam anotados corretamente nos prontuários.¹⁴

É necessário realizar as anotações imediatamente após o fato ocorrido, para garantir a qualidade dos registros; para isso, é preciso planejar o tempo para as anotações sobre o cuidado prestado.¹⁴

Trata-se de um desafio para o profissional enfermeiro liderar as estratégias de garantir qualidade nos registros dos dados sobre o paciente e suas condições de saúde, construindo melhores práticas assistenciais.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados nesta pesquisa permitiram identificar que há registros inadequados relativos às anotações dos controles de enfermagem, avaliados com base na auditoria prospectiva na unidade médico-cirúrgica masculina da instituição estudada.

Identificou-se a necessidade de rever a forma como os registros são realizados, com o intuito de aperfeiçoar o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e sua equipe, garantindo a realização de registros fidedignos dos controles de enfermagem de cada paciente. Acredita-se que a avaliação da qualidade dos registros pode ser utilizada para reforçar o desejo

dos profissionais de saúde em melhorar a forma como se documenta o cuidado prestado ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Carrijo AR, Oguisio T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1997 a 2005). *Rev Bras Enferm*. 2006; 59 (esp): 454-58.
2. Gonçalves VLM. Anotação de enfermagem. In: Cianrullo TI, Gualda DM, Meleiro MM, Anakubi MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Cone; 2001. p. 221-7.
3. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital escola. *Cienc Cuid Saúde*. 2007; 6 suppl 2: 337-46.
4. Setz VG, Innocenzo MD. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22 (3): 313-7.
5. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: Importância das anotações de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2004; 11(4): 210-4.
6. Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: O processo de avaliação em um hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.
7. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(4): 390-8.
8. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: um instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 9(1):38-49.
9. Draganov PB, Reichert MCF. Avaliação do padrão dos registros de enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo. *Rev Enferm UFPE*. 2007; 1(1): 36-45.
10. Conselho Federal de Enfermagem – Resolução COFEN 191/1996. Portal do COFEN. [Citado em 2012 Jan. 10]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4250>>.
11. Pimpão FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(3): 405-10.
12. Silva NP, Areias MA. Questões éticas das anotações de enfermagem: revisão de literatura 1996-2009 [resumo]. In: 12º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2009 Set; Belo Horizonte. Anais CBCENFs. Belo Horizonte: COFEN; 2009. [Citado em 2012 Jan. 10] Disponível em:<<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/anais.php?evt=3&sec=10&niv=7.3&mod=1&con=1472>>.
13. Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem 2007. [Citado em 2012 jan. 10]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/banner_rotativo/_principais_legislações_2007.pdf>.
14. Ito EE, Senes AM, Santos MAM, Gazzzi O, Martins SAS. Manual de anotações de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 83.