



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA



ROBERTA WAGNER PEREIRA DA SILVA

**A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DO CENTRO
OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2017

ROBERTA WAGNER PEREIRA DA SILVA

**A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DO CENTRO
OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO**

Monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Orientador: Helder Camilo Leite

Rio de Janeiro

2017

Si381 Silva, Roberta Wagner Pereira da
A qualidade dos registros de enfermagem do centro obstétrico da
maternidade escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/, Roberta Wagner
Pereira da Silva-- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2017.
58f. ; 31 cm.

Orientador: Prof. Helder Camilo Leite

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2017.

Referências: f.51

1. Registros. 2. Anotações de Enfermagem. 3. Centro Obstétrico. 4.
Responsáveis. 5. Saúde Materno Infantil - Monografia. I. Leite, Helder
Camilo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola.
III. Título.

ROBERTA WAGNER PEREIRA DA SILVA

**A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DO CENTRO
OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Saúde Perinatal.

Aprovado em _____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Helder Camilo Leite

Enfermeira Mestre Cristiane Barbosa Batista

Enfermeira Doutoranda Marina Izu

Rio de Janeiro
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado, por me ajudar a superar todos os obstáculos encontrados, por colocar pessoas especiais em minha vida.

Agradeço ao meu Orientador Helder Camilo Leite, por ter confiado a mim a realização de uma pesquisa como sua orientanda, de fazer parte da conclusão de um sonho realizado que é a Residência em saúde Perinatal, pelo conhecimento transmitido, por me guiar nas decisões, proporcionando o meu crescimento científico, profissional e pessoal.

Agradeço a minha mãe, meu irmão e meu pai (in memoriam) por todo apoio, incentivo, perseverança, por não me deixar desanimar, por me dar força quando pensei em desistir e estar sempre ao meu lado.

Agradeço as minhas amigas e companheiras de residência, por me ajudarem a realizar meu sonho, pela amizade, por acreditarem em mim, pelo carinho e pelo incentivo.

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade dos registros de enfermagem no centro obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de um estudo documental retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa, realizado no cenário do Centro obstétrico da Maternidade Escola Federal do Rio de Janeiro. **Resultado e discussão:** Dos registros analisados os dados que tiveram maiores inadequações foram: o uso de abreviações empíricas com 87,1% nas evoluções dos enfermeiros e 84,4% das anotações de técnicos de enfermagem; nos registros de administração de medicações foi possível visualizar que tanto o Enfermeiro quanto o Técnico de Enfermagem não registraram a administração em 51,6% nas evoluções dos enfermeiros e em 64,4% nas anotações de técnicos de enfermagem. **Conclusão:** Os registros de enfermagem são os reflexos da atuação dos profissionais de enfermagem, é de suma importância que esses sejam revistos, com o objetivo de obter uma melhor documentação da assistência proporcionada ao paciente, aprimorando a assistência prestada, assim como a comunicação entre equipes, respaldando os profissionais e a instituição em casos de auditorias e ações judiciais, além de ser o responsável por reunir todas as etapas e fortalecer a Sistematização da Assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Registros Anotações de Enfermagem. Centro Obstétrico. Qualidade dos Registros. Evolução de Enfermagem.

LISTA DE QUADROS

Figura 1 -	Responsabilidade pelo Registro nos Relatórios de anotações de Enfermagem do centro obstétrico	31
Figura 2 -	Compreensão quanto à caligrafia em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	35
Quadro 1 -	Distribuição de frequências das abreviaturas usadas nos Registros de enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Qualificação da Identificação Profissional com Nome em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	31
Tabela 2 -	Distribuição de Frequências da Identificação Profissional com Carimbo em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	32
Tabela 3 -	Identificação Profissional com categoria profissional na ausência do carimbo ao final dos registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem....	33
Tabela 4 -	Compreensão quanto à caligrafia em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	34
Tabela 5 -	Divergência de informações/avaliações em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	36
Tabela 6 -	Erros de Ortografia em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	37
Tabela 7 -	Presença de Rasura em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	38
Tabela 8 -	Preenchimento do número de prontuários em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	39
Tabela 9 -	Preenchimento do nome do paciente em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	40
Tabela 10 -	Abreviações Usadas Empiricamente em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.....	41
Tabela 11 -	Anotação de data e hora nos registros de enfermeiros e técnicos de Enfermagem.....	44
Tabela 12-	Qualificação do Registro de Administração de Medicamentos de enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	45
Tabela 13 -	Registro dos Enfermeiros sobre os medicamentos aprazados e checados.....	47
Tabela 14 -	Registro dos Enfermeiros sobre os medicamentos e os cuidados prescritos, aprazados e checados.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ME/UFRJ	Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAH	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
COREN/SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
SQN	Sempre que Necessário
MMII	Membros Inferiores
MSD	Membro Superior Direito
TP	Trabalho de Parto
MSE	Membro Superior Esquerdo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
	HIPÓTESE, OBJETO E OBJETIVOS	12
1.1	Hipótese do Estudo.....	12
1.2	Objeto do Estudo.....	12
1.3	Objetivo Geral	12
1.4	Objetivos Específicos	12
1.5	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	13
2	BASES TEÓRICAS	14
2.1	A Teoria de Wanda Horta ou Teoria das Necessidades Humanas Básicas	14
2.2	A Gerência do Cuidado e a Sistematização a Assistência de Enfermagem	15
2.3	Registros de Enfermagem, Evoluções e Anotações de Enfermagem	17
2.4	A Articulação do Cuidado de Enfermagem com as Políticas Públicas	19
2.5	Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente	19
2.6	Programa Nacional de Segurança do Paciente.....	20
3	METODOLOGIA	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1	Introdução.....	24
4.2	Metodologia	24
4.3	Resultados e Discussão.....	25
5	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A	52
	ANEXO A	53

1 INTRODUÇÃO

Ao realizar meu trabalho de conclusão de curso da graduação, pude avaliar alguns registros de enfermagem e observei que muitas vezes as informações contidas nos registros eram de difícil compreensão, pois muitos não possuíam informações precisas, não apresentavam uma continuidade dos cuidados prestados aos pacientes, utilizavam siglas não padronizadas, entre outros. Já na Residência multiprofissional, pude perceber que a falta das informações e/ou as informações incompletas, de difícil compreensão, dificultam a continuidade e a qualidade do cuidado prestado pela equipe. Devido a essas observações, surgiu o interesse em analisar a qualidade dos registros de enfermagem.

A gestação e o parto são considerados etapas significativas para a parturiente, recém-nascidos e familiares e deve ser vista pelas gestantes e equipe de saúde, como um fenômeno fisiológico saudável envolvendo mudanças físicas, sociais e emocionais. Contudo, essa situação pode gerar riscos tanto para a gestante quanto para o bebê (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010, SILVA; MARQUES, 2007)

Dessa forma, é dever de toda equipe de saúde realizar o registro das atividades e informações em relação ao estado clínico do paciente, para que se possa criar um instrumento de comunicação, visando o planejamento, a avaliação e a continuidade do cuidado. (FRANÇOLIN; et al, 2012)

Segundo Silva; et al., (2012) as anotações de enfermagem são para a equipe um importante meio de comunicação, e devem conter informações que contribuam para a reflexão da equipe em relação ao atendimento e tratamento dos pacientes, trazendo informações claras. Françolin; et al. (2012) relata que para eficácia dos registros as informações além de claras, devem ser objetivas, concisas, completa, legíveis, atuais, discretas, identificadas ao final do registro, com ausência de rasuras, erros, espaços em branco.

Quando os registros não atendem essas características são classificados como insuficientes, pois geram anotações imprecisas que podem ou não corresponder a realidade da prática, dificultando a continuidade da assistência assim como a obtenção de dados para pesquisas, análises judiciais e auditorias (SEIGNEMARTIN; et al., 2013) A escassez e a inadequação dos registros de enfermagem, além de comprometer a assistência prestada ao paciente, implica também na instituição e na mensuração do cuidado prestado pela equipe de Enfermagem. Contudo a sobrecarga de trabalho para a equipe, a desvalorização dos registros e o não conhecimento de sua importância são alguns fatores que dificultam a elaboração de um registro adequado (FRANÇOLIN; et al, 2012)

Mesmo com ciência da importância das anotações de enfermagem, a escassez das informações adequadas deixa de garantir qualidade e fidedignidade aos registros (FRANÇOLIN; et al, 2012)

Logo, a completude, clareza e a legibilidade do registro de enfermagem proporcionam uma maior visibilidade do trabalho da equipe de enfermagem, fornecendo uma visão fundamentada na realidade proporcionando uma reflexão dos profissionais em relação a prática prestada (SEIGNEMARTIN; et al., 2013)

1.1 Questão da pesquisa:

Quais foram os resultados dos registros de enfermagem no centro obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ)?

1.2 Objeto do Estudo

O objeto deste estudo são os registros de enfermagem do centro obstétrico da ME/UFRJ

1.3 Objetivo Geral

Analisar a qualidade dos registros de enfermagem no centro obstétrico da ME/UFRJ

1.4 Objetivos Específicos

- Descrever os registros de enfermagem realizados pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e as evoluções dos enfermeiros na assistência às pacientes internadas no centro obstétrico da ME/UFRJ;
- Demonstrar as anotações de enfermagem pelos técnicos/auxiliares com a evoluções dos enfermeiros na assistência à pacientes no centro obstétrico da ME/UFRJ.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis na assistência ao cliente, constituindo a comunicação escrita de informações em relação ao paciente e aos cuidados oferecidos ao mesmo. Dessa forma, ao serem redigidos de acordo com a realidade, de forma completa, além de proporcionarem a comunicação permanente podem ser utilizados com diversos fins como a pesquisa, processos jurídicos, auditorias, planejamentos entre outros. (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011)

Logo o presente estudo justifica-se pela importância, durante a análise dos registros, de encontrar informações necessárias da assistência prestada ao paciente durante o período de internação, visto que através dessas anotações será possível realizar a continuidade, mudanças e avaliação das ações exercidas pela equipe.

Entretanto a carência de informações prejudica a continuidade do tratamento. Assim, os profissionais não devem encarar o registro de enfermagem apenas como um dever burocrático imposto pela instituição, e sim entender a importância desse documento e as dificuldades ocasionadas quando não preenchido corretamente.

Embora a legislação cite a importância do registro de enfermagem para respaldo da profissão e completude da documentação, é possível observar nas pesquisas que mesmo cientes dessa condição, os profissionais não redigem os registros com qualidade e ainda não os consideram como ferramenta de trabalho, impossibilitando seu funcionamento. (AZEVEDO et al, 2012)

Logo, a relevância do estudo se estabelece de forma que a equipe de enfermagem seja conscientizada e treinada para que seja realizados registros adequados, de forma que contribua e facilite a comunicação entre não só a equipe de enfermagem, mais a equipe multiprofissional visando a qualidade da assistência do cliente bem como respaldo legal para o profissional e instituição entre outros.

2 BASES CONCEITUAIS

Os registros de enfermagem são fundamentais para a comunicação da equipe multiprofissional, sendo assim, para subsidiar informações que auxiliem na qualidade da assistência e no desempenho financeiro das instituições de saúde. Neste capítulo são apresentados informações e conceitos teóricos que embasam a pesquisa realizada.

Segundo Horta (2011), pensamento filosófico da enfermagem deixa bem claro a realidade da profissão do enfermeiro, principalmente pelos 03 seres: **o ser enfermeiro, o ser paciente e o ser enfermagem**. Não é possível existir enfermagem sem estes 03 seres, não é possível ser enfermagem sem os seres humana presentes no ser enfermeiro e o ser cliente, entendido inclusive não só individualmente, mas também na coletividade enquanto família ou comunidade. Transcender o ser enfermagem é ir além da obrigação do “ter o que fazer”.

Neste sentido, compreender que o papel da enfermagem transcende todas as barreiras é fundamental ao exercício da enfermagem, algo que fica explícito pela citação acima. O enfermeiro precisa se apropriar de todos os aspectos que envolvem o ser humano, compreendendo o biológico, o mental, o ambiental e o social para desempenhar seu papel de cuidador apropriadamente.

Neste contexto, as teorias de enfermagem fornecem reflexão e subsídios suficientes aos enfermeiros para desenvolvimento de sua prática. Apresentaremos um pouco sobre a Teoria de Wanda Horta por identificarmos ser tal teoria, a precursora do processo de enfermagem no Brasil e data a importância histórica de sua contribuição à enfermagem brasileira.

2.1 A Teoria de Wanda Horta ou Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A teoria de Wanda Horta, a enfermagem é vista como uma ciência aplicada que está em transição da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se cada dia mais uma ciência independente. É baseada na teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas e classificadas de acordo com Mohana em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A teoria põe em foco e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais como a lei do equilíbrio (homeostase) que diz que todo o universo mantém-se por equilíbrio dinâmico entre seus seres; a lei da adaptação que diz que todos os seres do universo interagem com seu meio externo a fim de se ajustarem e permanecerem em

equilíbrio e a lei do holismo que diz que o universo é um todo a célula é um todo e esse todo não é mera soma de partes constituintes de cada ser.

2.2 A Gerência do Cuidado e a Sistematização a Assistência de Enfermagem

O enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar (RODRIGUES; MELO, 2011).

Esse profissional tem basicamente quatro atividades essenciais que norteiam a sua profissão: Assistencial, gerencial, educativa e pesquisa.

Para Spagnol, (2004), no cotidiano de trabalho, estas atividades não podem ser desenvolvidas separadamente, pois o cruzamento entre elas é um importante fator para prestar assistência de enfermagem de forma segura e livre de riscos à população. Todos os enfermeiros devem desenvolver algum nível das atividades, ou seja, todos são agentes de mudança enquanto lideram uma equipe, pois, a liderança de equipe é parte importante do papel de gerência do cuidado de enfermagem, que pode resultar em minimização de custos e problemas no serviço e conseqüentemente maior qualidade do serviço prestado.

No século XIX, Nightingale postulou um sistema de organização do serviço de enfermagem, institucionalizando a hierarquização do fazer em enfermagem, o que naquela época tornou-se o modelo de organização da enfermagem. Passou então, a existir as *Ladies Nurses* e as *Nurses*, sendo as *Ladies Nurses* as responsáveis pela organização e definição do trabalho de enfermagem e as *Nurses* as responsáveis diretas pela prestação do cuidado de enfermagem (SOARES; PORTO, 2009)

A própria formação era diferenciada, enquanto as *Ladies Nurses* estudavam um ano de aulas sobre administração e chefia, além de dois anos de prática, as *Nurses* apenas cursavam um ano de instrução além de mais três anos de prática supervisionada¹³. Observa-se com isso que *Nightingale*, introduziu na Enfermagem os primeiros conceitos de administração (SPAGNOL, 2004).

Podemos entender então, que naquela época já havia a organização do trabalho de enfermagem e um posicionamento a respeito do profissional responsável por definir o cuidado a ser prestado. Desta forma surge na enfermagem a figura do gerente de enfermagem que tem a função de organizar a prática de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta importante da gerência do cuidado uma vez que ao realizá-la, o gerente de enfermagem pode organizar o trabalho profissional de enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, definir as atividades pertinentes ao perfil de sua clientela, priorizando as atividades de maior relevância e impacto social, principalmente quando se gerencia unidades públicas de saúde (COFEN, 2015).

Ribeiro; et. al. (2006) afirma que a utilização de uma sistematização contribui para melhorar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes e que somente mediante assistência sistematizada a enfermagem pode propiciar conhecimento individualizado e global aos pacientes.

Para Horta (2011), a SAE pode contribuir para que a enfermagem adquira autonomia profissional, visto que utiliza bases científicas e teóricas que só serão alcançadas com a aplicação sistemática do processo de enfermagem. A sistematização da assistência possibilita criar uma linguagem universalizada para os cuidados de enfermagem, identificar sua eficácia e estabelecer um padrão de qualidade, entretanto, a implementação da SAE ainda é um desafio, pois é um processo incipiente nos serviços de saúde, dadas as dificuldades, como a sobrecarga de trabalho associada aos desvios e a indefinição da função do enfermeiro, a exiguidade de tempo para a assistência dado o número insuficiente de profissionais e a falta de conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE (CUNHA; BARROS, 2005)

A legislação brasileira e o orçamento público, no caso das instituições públicas, são exemplos de fatores que dificultam a rápida solução de problemas como o déficit de profissionais, materiais e estrutura, requerendo do gerente de enfermagem maior planejamento de suas ações (CUNHA; BARROS, 2005).

A SAE é uma atividade do gerente de enfermagem bem definido na legislação, tanto na Lei 7498/86 que regulamenta o exercício da enfermagem, quanto na Resolução 358/09 que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2015).

É preciso entender que há diferença entre SAE e PE. Muitos autores utilizam-se destas metodologias como sinônimos, entretanto, são metodologias diferentes de gerenciar o cuidado de enfermagem. Enquanto a SAE é um conjunto de ferramentas que instrumentalizam o enfermeiro, PE é uma metodologia que orienta o cuidado profissional de enfermagem e documentação (CUNHA; BARROS, 2005).

Para Horta (2011) a operacionalização da SAE exige a utilização de um referencial teórico adequado, interação da equipe multiprofissional, adequação à realidade e, acima de tudo, ter como premissa a atenção com qualidade e segurança ao indivíduo hospitalizado.

2.3 Registros de Enfermagem, Evoluções e Anotações de Enfermagem

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global (COREN/SP, 2004).

A anotação de enfermagem trata-se de um registro pontual, que visa garantir o registro da situação em que o paciente se encontra naquele momento, dos procedimentos de enfermagem realizados ou não realizados e das observações feitas. A anotação de enfermagem pode ser realizada pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem. Já a evolução de enfermagem, trata-se do registro da evolução do paciente nas últimas 24 horas, sendo esta realizada exclusivamente pelo enfermeiro, uma vez que depende de conhecimento técnico-científico e raciocínio clínico para reflexão, análise e contextualização dos dados coletados, características estas que não são exigidas para a formação do profissional de enfermagem, de nível técnico (COREN/SP, 2004).

Os enfermeiros, ao longo de sua trajetória, se destacam por cuidar de seus pacientes de forma organizada, com base na disciplina e conhecimento científico. O cuidado norteia a prática clínica antes até do surgimento das teorias de enfermagem. A formação do enfermeiro como prática profissional tem início em 1860 com Florence Nightingale quando da proposição da fragmentação de tarefas relacionadas ao cuidado bem como o caráter disciplinar por ela dito como ser a “essência do treinamento” (SOUZA; et al., 2006).

A construção dos princípios científicos da enfermagem data de 1950 quando há busca em outros saberes focados no modelo biomédico quanto a concretizar a dimensão intelectual do seu trabalho. A partir da década de 1960, a enfermagem inicia a construção de teorias para embasar sua prática profissional, tendo o registro de enfermagem como um dos fatores essenciais à comprovação de sua prática e eficácia (SOUZA; et al., 2006). O registro de enfermagem é o emprego em língua escrita de toda e qualquer informação relevante ao gerenciamento do cuidado da saúde do paciente. Através do registro iremos buscar orientação para as ações de enfermagem, bem como organização adequada do cuidado ao paciente. (KURCGANT; TRONCHIN, 2011)

Segundo Potter; Perry (2006), apresenta como finalidades auxiliar: o planejamento do cuidado, no processo de comunicação e educação; base para os processos de pesquisa e de

auditoria bem como formação de documento legal. O bom registro de enfermagem deve ser claro, conciso, objetivo, atual, organizado, legível e deve relatar todos os aspectos do paciente (conter tanto descrições do paciente quanto cuidados a ele prestados).

Uma importante função dos registros deve ser estabelecer a comunicação multidisciplinar com os outros membros da equipe de saúde. Um relato correto permite que o cuidado seja prestado de forma eficiente (NETTINA, 2007).

A enfermagem tem como responsabilidades quanto ao registro de enfermagem no prontuário do paciente: registrar rotinas administrativas (alta, admissão, transferência), anotações do censo hospitalar, anotações no relatório de enfermagem, registro de medicações e cuidados prestados, manter os registros em ordem cronológica e de fácil acesso bem como organizado (COREN/SP, 2009).

O código de ética dos profissionais de enfermagem, na Resolução COFEN 311/2007, estabelece que é de responsabilidade da enfermagem, conforme o Art. 25, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; também é direito deste profissional, de acordo com o Art. 68, registrar informações relativas ao processo de cuidar do indivíduo, tanto no prontuário como em outros documentos próprios da enfermagem. Nos Art. 71 e 72, que tratam das responsabilidades e deveres, estabelece que é dever da enfermagem incentivar o registro e fazê-lo de forma clara, objetiva e completa. Quanto aos aspectos legais inerentes ao registro de enfermagem, destacamos que o mesmo só possui valor legal quando datado, com identificação de horário, assinatura e número de registro profissional (COREN/SP, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2009, publica a resolução 429/2012 que resolve, em seu artigo 1º ser de “responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente ou seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico as informações inerentes ao processo de cuidar...” Na enfermagem, os registros/anotações/ evoluções são conceituados como a forma escrita de informações pertinentes ao cliente, aos cuidados e aos seus resultados. Assim, é possível afirmar que os registros de enfermagem constituem importante fator para a tomada de decisão e alcance da qualidade do cuidado. Na enfermagem, a escassez de documentos indica má prática profissional. Sendo assim, é preciso que se façam anotações completas frequentes, de maneira a atender às exigências técnicas e ético-legais estabelecidas pela profissão (MARTIN, 1994).

A necessidade dos registros já era verificada desde os tempos de Florence Nightingale, quando esta afirmava que a documentação onde eram expostas informações sobre o paciente

era essencial para a continuidade do cuidado. Também destacou que estes escritos deveriam ser precisos e corretos (CARRIJO; OGUISSO, 2007).

A Enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes aos cuidados dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas nos mesmos. Porém, só a quantidade não basta, é necessário que haja também qualidade para uma adequada assistência (ZIMMERMMAN; PEREIRA; MATIA, 2013).

Além de permitir a efetividade do processo de comunicação, os registros de enfermagem possibilitam que a assistência de enfermagem seja avaliada. Para isto, faz-se necessário que os registros sejam valorizados e realizados com qualidade, ou seja, com fidedignidade das informações, coerência, de acordo com as reais condições do paciente e com o relato dos cuidados prestados de fato (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAIS, 2008; CARRIJO; OGUISSO, 2006).

2.4 A Articulação do Cuidado de Enfermagem com as Políticas Públicas

A SAE e o PE estão intimamente ligados a diversas Políticas Públicas vigentes no Brasil fato que torna importante apresentarmos esta correlação. Alguns fatores são vitais quando a instituição planeja a implantação da SAE e do PE, principalmente, quando se trata de instituição pública.

2.5 Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente

A (PNH) visa acesso e qualidade dos serviços de saúde, neste contexto, tanto a PNH, quanto a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), preconizam que os serviços de saúde promovam a qualificação/capacitação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando com a qualificação e uniformização das ações pelos trabalhadores, além disso, a PNH determina a promoção de melhorias e garantias de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001). Implementação da SAE e do PE, pelos gerentes de enfermagem podem colaborar com os serviços de saúde no atendimento das referidas políticas públicas. Deve ser considerado inclusive, que os usuários hospitalizada tem o direito ao acompanhamento de um responsável e para tal, a instituição e a equipe de enfermagem deve dispensar cuidados à família, não meramente ao usuário hospitalizada, inclusive com acomodação adequada ao acompanhante.

2.6 Programa Nacional de Segurança do Paciente

O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de Saúde, através do monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde (BRASIL, 2013).

É estimado que ocorra dezena de milhares de danos todos os anos no mundo. Tais danos podem ou não causar situações de erros ou falhas ao paciente resultando em evento adverso, desencadeando algum tipo de prejuízo seja este temporário ou permanente ao paciente e até mesmo a morte (Anvisa, 2013)

Dessa forma foi implementado pelo COREN (2010) que a comunicação efetiva é um dos passos para prevenir eventos adversos e manter a segurança do paciente pois o paciente recebe cuidado de diversos profissionais sendo imprescindível a comunicação entre estes.

A cartilha recomenda que: Verifique se os formulários onde estão sendo realizados os registros são do paciente, coloque data e horário antes de iniciar o registro da informação, registre as informações em local adequado, com letra legível e sem rasuras, faça uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas, observando as que não devem ser utilizadas, realize o registro de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais, siga o roteiro de registro da informação estabelecido pela instituição e coloque a identificação do profissional ao final de cada registro realizado.

Leitão; et al., (2013) relata que o registro é um meio de comunicação indispensável perante a equipe, pois possibilita a comunicação, transmitindo os dados relacionados ao cliente e os cuidados prestados. Contudo as falhas na comunicação são apontadas como as principais causas de eventos adversos.

Dessa forma, os eventos adversos podem estar diretamente ligados a inadequação ou a falta de informação dos registros, sendo a qualidade das informações contidas neste documento importante para a segurança do paciente pela influência no cuidado do cliente, além de se tratar de um indicador de qualidade do serviço de saúde (PAVÃO; et al., 2011).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo foram abordados os materiais e métodos utilizados nessa pesquisa, bem como a descrição das etapas desenvolvidas.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo documental retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa, realizado no cenário do Centro Obstétrico da Maternidade Escola Federal do Rio de Janeiro.

A Maternidade Escola tem como missão desenvolver atividades de assistência especializada à saúde, formação de recursos humanos nas diversas áreas de saúde, atividades de pesquisa e inovação tecnológica em perinatologia (ME/UFRJ)

3.2 Aspectos Éticos

O estudo foi inscrito na Plataforma Brasil e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola onde cumpriu todos os requisitos solicitados pela instituição, seguindo preceitos estabelecidos na resolução 466/2012. Aprovado com o número do parecer: **1.516.683**. (Anexo1)

3.3 O Cenário da Pesquisa

A Maternidade-Escola da UFRJ faz parte de uma rede de hospitais na cidade do Rio de Janeiro e tem como público alvo as gestantes da Área Programática 2.1 que englobam os seguintes bairros: Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal. A Maternidade de Laranjeiras, como é popularmente conhecida a atual Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foi criada pelo decreto n. 5.117, de 18 de janeiro de 1904. A sua finalidade principal era, então, a de assistir às gestantes e às crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas. Sua importância no ensino da Obstetrícia, no Brasil, foi base para a formação dos cursos de pós-graduação em níveis de mestrado e de doutorado em 1974. Ela ampliou o seu leque de atuação ao longo do século, com a incorporação das novas tecnologias à medicina e o surgimento das novas especialidades. A obstetrícia, especialidade médica inicial da instituição, uniu-se a pediatria, mais especificamente a neonatologia, tendo atualmente uma assistência perinatal, com a participação de profissionais médicos e outros profissionais da área de saúde.

Imagem 1. Fachada da Maternidade Escola



Fonte: Acervo Museu da Imagem e do Som, RJ

A instituição presta assistência integral à saúde da mulher e da criança, com perfil multiprofissional, recebendo alunos dos cursos de graduação em medicina, enfermagem, nutrição, assistência social, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e saúde coletiva. Possui programas de residência médica e multiprofissional, programas de pós-graduação lato sensu e atividades de pesquisa vinculadas à programas de pós-graduação stricto sensu da UFRJ. Tais ações integram a missão institucional: assistência de qualidade à saúde materno-infantil, formação profissional, atividades de pesquisa e inovação tecnológica.

Imagem 2. Instalações da Maternidade Escola



Fonte: Acervo Museu da Imagem e do Som, RJ

Atualmente, a Maternidade Escola é uma unidade especializada, que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, multiprofissional, oferecendo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. Possui ambulatórios especializados na assistência pré-natal (hipertensão arterial, diabetes, gestação gemelar, patologias fetais e adolescentes), programa de rastreio de risco para gestantes no primeiro trimestre, planejamento familiar para mulheres de risco, genética pré-natal e medicina fetal. Cumprindo seu papel na inovação tecnológica, a prática profissional especializada na Maternidade introduziu a ultrassonografia no Brasil (1974), a utilização do doppler em obstetrícia (1986), a cordocentese e a transfusão intravascular intrauterina (1987), a fetoscopia e a utilização do laser em procedimentos intrauterinos (2004).

Imagem3. Maternidade de Laranjeiras (atualmente)



Fonte: Autor

Como o estudo se propôs a avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, foram observados os registros de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. As prescrições médicas também foram analisadas, a fim de investigar o registro da administração e checagem de medicamentos pela equipe de enfermagem.

3.4. Coleta de dados

Na instituição, cada setor dispõe de uma ficha de registro diferente exclusiva para cada categoria profissional. Como o estudo se propõe avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, a busca será realizada nas anotações feitas em três tipos de formulário (ANEXO 1):

- Técnico/ auxiliar de enfermagem
- Enfermeiro
- Prescrição médica, a fim de investigar as anotações referentes a administração de medicamentos e checagem destes.

Foi desenvolvido um instrumento específico para a coleta de dados com variáveis que permitiram a avaliação das anotações descritas comparando-as com padrões esperados de anotação segundo a literatura descrita sobre a temática (APÊNDICE 2).

Os registros serão avaliados a cada turno de 12 horas. Cada instrumento preenchido contemplará as anotações registradas durante um turno de 12 horas.

Com o objetivo de manter um padrão na coleta de dados, todos os envolvidos na elaboração do estudo foram capacitados para tal finalidade e previamente a essa coleta, pretende-se realizar um teste piloto com 15 prontuários o que corresponde a 5% da amostra, possibilitando um refinamento.

A população do estudo será calculada a partir do número de registros de enfermagem realizados na instituição, no período de Janeiro a Junho de 2015 e a amostra será escolhida por conveniência através de um cálculo amostral (QUADRO 1) onde n se refere a amostra calculada, N se refere a população, Z variável normal padronizada associada ao nível de confiança, p a verdadeira possibilidade do evento e e refere-se ao erro amostral. Calculou-se um número de 374 registros a serem investigados.

Quadro 1 – Fórmula referente ao cálculo amostral utilizado:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

O critério utilizado para inclusão no estudo será a disponibilidade no setor de prontuários de puérperas que possuam registros de enfermagem nos setores de Ambulatório, Emergência obstétrica, Centro obstétrico e Alojamento Conjunto.

Para a construção do critério de inclusão de prontuários, foi necessário compreender a localização do preenchimento dos registros de enfermagem e, por conseguinte o fluxo de internações da instituição e todos os possíveis deslocamentos de pacientes na unidade.

3.6 Análise de dados

Após a coleta, os dados foram armazenados na base *Microsoft Office Excel 2007* e foi analisado pelo programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0 e pelo aplicativo *Microsoft Excel 2007*. A análise descritiva dos resultados foi baseada em construção de tabelas cruzadas com as frequências simples e percentuais e por alguns gráficos descritivos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados os resultados desta pesquisa incorporados em um artigo intitulado: A qualidade dos registros de enfermagem no Centro Obstétrico, que foi submetido ao periódico COGITARE, Qualis B1 para Área de Enfermagem.

A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DO CENTRO OBSTÉTRICO NA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Resumo

Objetivo - Analisar a qualidade dos registros de enfermagem no centro obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de um estudo documental retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa, realizado no cenário do Centro obstétrico da Maternidade Escola Federal do Rio de Janeiro. **Resultado e discussão:** Dos registros analisados os dados que tiveram maiores inadequações foram: o uso de abreviações empíricas com 87,1% nas evoluções dos enfermeiros e 84,4% das anotações de técnicos de enfermagem; nos registros de administração de medicações foi possível visualizar que tanto o Enfermeiro quanto o Técnico de Enfermagem não registraram a administração em 51,6% nas evoluções dos enfermeiros e em 64,4% nas anotações de técnicos de enfermagem. **Conclusão:** Os registros de enfermagem são os reflexos da atuação dos profissionais de enfermagem, é de suma importância que esses sejam revistos, com o objetivo de obter uma melhor documentação da assistência proporcionada ao paciente, aprimorando a assistência prestada, assim como a comunicação entre equipes, respaldando os profissionais e a instituição em casos de auditorias e ações judiciais, além de ser o responsável por reunir todas as etapas e fortalecer a Sistematização da Assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Registros. Anotações de Enfermagem. Centro Obstétrico. Qualidade dos Registros. Evolução de Enfermagem.

4.1 Introdução

A gestação e o parto são considerados etapas significativas para a parturiente, recém-nascidos e familiares e deve ser vista pelas gestantes e equipe de saúde, como um fenômeno fisiológico saudável envolvendo mudanças físicas, sociais e emocionais. Contudo, essa situação pode gerar riscos tanto para a gestante quanto para o bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, SILVA; MARQUES, 2007).

Dessa forma, é dever de toda equipe de saúde realizar o registro das atividades e informações em relação ao estado clínico do paciente, para que se possa criar um instrumento de comunicação, visando o planejamento, a avaliação e a continuidade do cuidado (FRANÇOLIN; et al, 2012).

Mesmo com ciência da importância das anotações de enfermagem, a escassez das informações adequadas deixa de garantir qualidade e fidedignidade aos registros (FRANÇOLIN; et al, 2012).

Logo, a completude, clareza e a legibilidade do registro de enfermagem proporcionam uma maior visibilidade do trabalho da equipe de enfermagem, fornecendo uma visão fundamentada na realidade proporcionando uma reflexão dos profissionais em relação a prática prestada (SEIGNEMARTIN; et al., 2013).

Diante o exposto acima, este estudo tem como objetivo analisar a qualidade dos registros de Enfermagem do Centro obstétrico (ME/UFRJ), demonstrando suas inadequações.

4.2 Metodologia

Trata-se de um estudo documental retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa, realizado no cenário do Centro obstétrico da ME/UFRJ.

Foram observados os registros de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, no período de novembro de 2015 à Abril de 2016. As prescrições médicas também foram analisadas, a fim de investigar o registro da administração e checagem de medicamentos pela equipe de enfermagem.

Foi elaborado um formulário composto de variáveis que permitem avaliar a qualidade dos registros como nome identificação do paciente, indicação de data e hora, número do prontuário, data do registro, turno, identificação profissional, utilização de abreviações

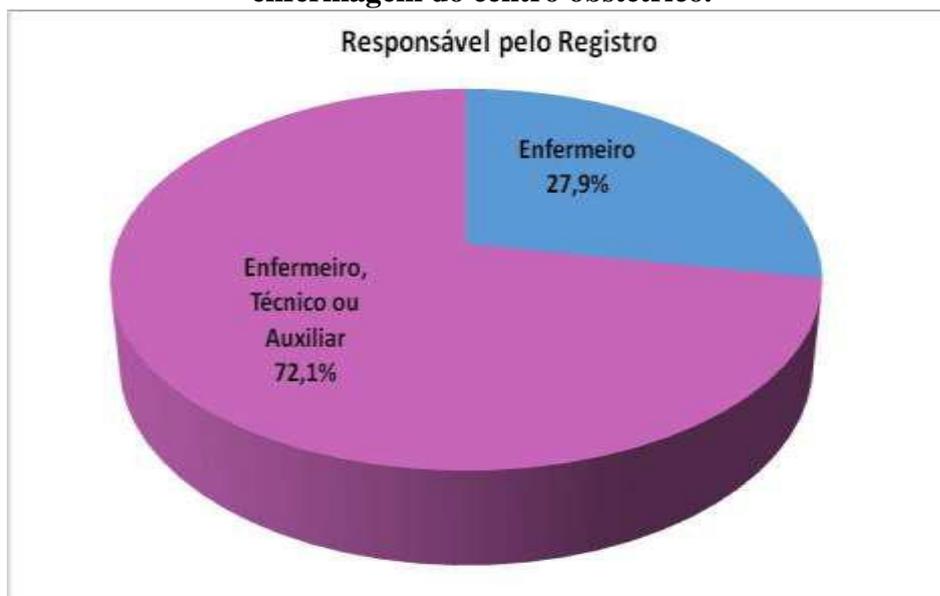
empiricamente, erros de ortografia, legibilidade, divergência de informações, presença de rasura, corretivo e/ou espaços em branco, registro e checagem de medicamentos e cuidados.

Após a coleta, os dados foram armazenados na base *Microsoft Office Excel 2007* e foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0 e pelo aplicativo *Microsoft Excel 2007*. A análise descritiva dos resultados foi baseada em construção de tabelas cruzadas com as frequências simples e percentuais e por alguns gráficos descritivos. Na análise inferencial das distribuições conjuntas dos itens observados e o tipo de profissional responsável pelo registro, se enfermeiro ou técnico de enfermagem, a significância da associação de variáveis, comparando a distribuição do item nos dois grupos, foi investigada pelo teste Qui-Quadrado. Todas as discussões foram realizadas considerando nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão para os testes Qui quadrado: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor resultante do teste fosse menor que 0,05.

4.3 Resultados e Discussão

Os dados desta pesquisa vêm da observação de 62 relatórios de anotações de enfermagem do centro obstétrico na ME/UFRJ, sendo que em quarenta e cinco (45) deles espelham-se anotações de enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, e dezessete (17) relatórios eram de anotações exclusivas de enfermeiros, conforme distribuição da Figura 1.

Figura 1 - Responsabilidade pelo Registro nos Relatórios de anotações de enfermagem do centro obstétrico.



Fonte: elaborado pela autora, 2017

Tabela 1 - Qualificação da Identificação Profissional com Nome em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Identificação do Profissional com Nome	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Completa	57	91,9	42	93,3
Incompleta	02	3,3	1	2,3
Não Preenchida	03	4,8	2	4,4
Total	62	100	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A tabela acima traz a distribuição de frequências da qualificação da identificação profissional nos registros, se completa, incompleta ou não preenchida, de acordo com o profissional. O quadro mostra que tanto para o enfermeiro quanto para o técnico de enfermagem, a identificação profissional com nome é tipicamente “Completa” feita em 91,9% das anotações de enfermeiros e em 93,3% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas anotações dos enfermeiros, 3,2% das identificações eram incompletas e nas anotações de técnicos de enfermagem esse percentual era de 6,7%. Entretanto não havia identificações não preenchidas para os técnicos de enfermagem, enquanto para os Enfermeiros, 4,8% das identificações não foram preenchidas. O p-valor do teste Qui-quadrado para esta distribuição foi igual a 0,752, mostrando que não existe diferença significativa das distribuições de enfermeiros e técnicos para este quesito.

Segundo o COREN/SP, os registros de qualquer informação em prontuário preconiza-se que o relator assine apontando sua matrícula na instituição de serviço. Também é aceito o carimbo e a assinatura do profissional que o fez, inclusive com a indicação do nível profissional.

Sendo assim, Marconi; Lakatos (2009) é obrigação do profissional de enfermagem assinar os registros imediatamente após a última frase de cada um deles. Ressalte-se que, o fato de alguns profissionais não se identificarem ao realizar os registros nos prontuários pode ocasionar, em caso de ações jurídicas, prejuízos tanto a instituição quanto aos trabalhadores e clientes. O Código Penal brasileiro, em seu artigo 299, classifica a omissão de informações em documento público ou particular como falsidade ideológica.

Tabela 2 - Distribuição de Frequências da Identificação Profissional com Carimbo em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Identificação do Profissional com Carimbo	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	N	%
Com Carimbo	56	90,3	43	95,5
Sem Carimbo	06	9,7	02	4,5
Total	62	100	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A tabela 2 traz a distribuição de frequências da Identificação Profissional com carimbo nos registros, de acordo com o profissional. A tabela mostra que tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico de Enfermagem, a identificação profissional com Carimbo é tipicamente feita: em 90,3% das anotações de enfermeiros e em 95,5% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas anotações dos enfermeiros, 3,2% das identificações eram incompletas e nas anotações de técnicos de enfermagem esse percentual era de 6,7%. Entretanto não havia identificações não preenchidas para os técnicos de enfermagem, enquanto para os Enfermeiros, 4,8% das identificações não foram preenchidas.

Segundo Pedrosa; Souza; Monteiro (2011) a identificação do profissional é fundamental, porém, muitos profissionais assentam apenas a rubrica, o que não os identificam, pois essa coligação pode ser utilizada para defesa, assim como incriminação desses profissionais.

Desta forma o COFEN (Resolução 358/2009) estabelece que deve haver registro formal contendo identificação do profissional com nome legível, número de identificação e função para realizar a execução do processo de enfermagem (COFEN 358/2009). Portanto é dever e responsabilidade do profissional de enfermagem se identificar nos documentos relacionados aos pacientes, sendo o uso do carimbo facultativo se redigido as informações citadas (COFEN, 2009).

Tabela 3 - Identificação Profissional com categoria profissional na ausência do carimbo ao final dos registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Identificação do Profissional na ausência do carimbo	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	05	8,1	02	4,4
Não	03	4,8	01	2,3
Não se aplica	54	87,1	42	93,3
Total	62	100	45	100

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A tabela 3 acima traz a distribuição de frequências da Identificação Profissional com categoria profissional na ausência do carimbo nos registros, de acordo com o profissional. Ele mostra a identificação profissional com categoria na ausência de carimbos não é feita em 4,8% dos registros de enfermeiros e em 2,2% dos registros de técnicos de enfermagem. A diferença das distribuições do quadro três para enfermeiros e técnicos de enfermagem não são significativas sob o ponto de vista estatístico (p-valor=0,558).

De acordo com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, capítulo I, Seção III, Das Relações com as Organizações da Categoria, Responsabilidades e Deveres, prevê que é dever dos profissionais de enfermagem:

Art. 54. Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional. E essa identificação correta deverá seguir o que determina a Resolução COFEN 191/1996.

Sendo assim, o uso do carimbo passou a ser facultativo, porém, por ser material de baixo custo e devido seu uso trazer benefícios ao profissional, como reduzir o tempo na finalização da anotação de enfermagem, seu uso é indicado.

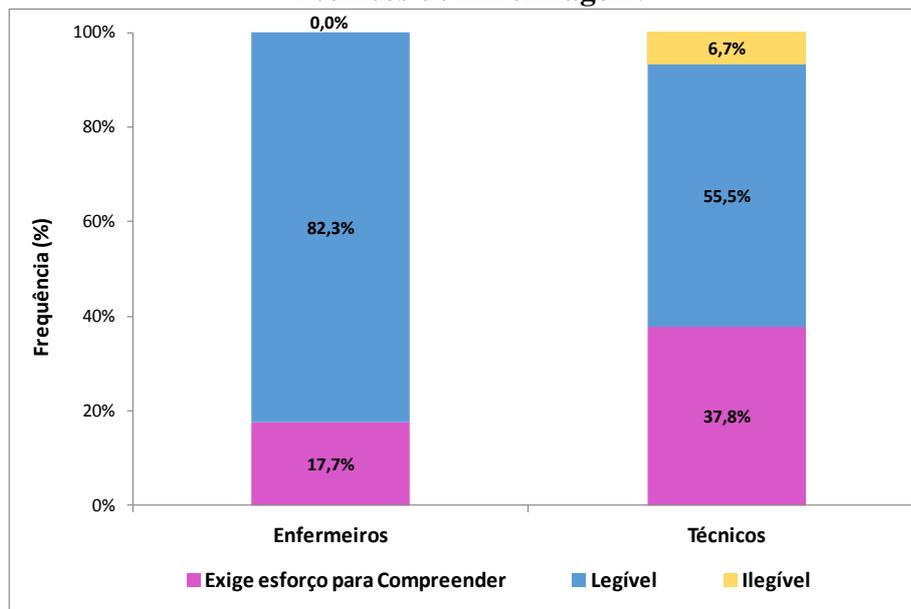
Tabela 4 - Compreensão quanto à caligrafia em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Compreensão quanto à grafia	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Exige esforço para Compreender	11	17,7	17	37,8
Legível	51	82,3	25	55,5
Ilegível	0	0,0	3	6,7
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

Acima, a tabela 4 traz a distribuição de frequências da qualificação da caligrafia profissional nos registros, se exige esforço para compreender, legível ou ilegível, de acordo com o profissional. Ele nos mostra que a incidência de registros legíveis é maior entre os enfermeiros, 82,3%. Entre os registros de técnicos de enfermagem a frequência de registros legíveis são de apenas 55,5%. Nenhum registro dos enfermeiros é ilegível, ao passo que 6,7% dos registros dos técnicos de enfermagem são ilegíveis. A incidência de registros que exigem esforço pra compreender é maior também entre os técnicos de enfermagem, 37,8%; enquanto entre os registros dos enfermeiros tem-se 17,7% que exigem esforço para compreender. A distribuição pode ser vista também na Figura 2.

Figura 2 - Compreensão quanto à caligrafia em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.



Fonte: elaborado pela autora, 2017

Nesse sentido, considera-se que a caligrafia legível consiste em um dos principais aspectos a ser considerado em qualquer documentação visto que pode resultar em prejuízos ao cliente, ao profissional e à instituição. Com os avanços tecnológicos, na atualidade, a utilização da informática nos processos de registros tem proporcionado maior segurança e efetividade nos serviços de saúde. Ao falar da utilização desse recurso na documentação de enfermagem, segundo Évora (1995) aponta alguns benefícios: aumento do número e da qualidade das observações, maior confiabilidade e precisão das mesmas, melhor legibilidade e redução do

tempo gasto na escrita. Além disso, afirma que esses fatores tem maior facilidade e a rapidez na divulgação e melhora o processo de comunicação entre as equipes de saúde.

Esses resultados mostram que os enfermeiros possuem maior habilidade para executar uma adequada caligrafia em suas anotações que os técnicos e auxiliares de enfermagem. Habilidades que pode ser consequência da própria aptidão individual, que está associada ao grau de desenvolvimento intelectual que a pessoa possui e inter-relacionada às condições do meio sociocultural na qual se encontra inserida. É importante lembrar que os registros feitos nos prontuários estabelecem documentos de grande valor para a pesquisa, auditorias, avaliação do cuidado e ainda, principalmente questões legais. Neste sentido, salienta-se que constitui direito do paciente o acesso ao prontuário.

Santos, Paula e Lima (2003) alegam que a utilização do sistema de registro manual pode levar à ilegibilidade. Albuquerque, Nóbrega e Garcia (2006) vão além, alegando que o sistema de registro manual leva à existência de mais de um prontuário.

A caligrafia é um importante instrumento de trabalho para os profissionais de enfermagem, pois todas as anotações realizadas em prontuário constituem documentos de grande valia no que diz respeito a ensino, auditorias, qualidade da assistência, documento de defesa legal (MOREIRA, 2011).

Segundo Possari, (2008), a ilegibilidade encontrada nos registros, constitui desrespeito ao cliente, a quem pertence o prontuário, caracterizando falta de responsabilidade dos profissionais da equipe e da instituição, por desfavorecer processos administrativos, clínicos, legais, de ensino e pesquisa. Quando o prontuário está corretamente preenchido com caligrafia legível e assinado, torna-se a principal peça de defesa da equipe, nos casos de denúncia de atendimento comprometido por indícios de imperícia, imprudência ou negligenciar cliente e a prontuários abertos sem anotações redigidas. Esses autores sugerem a adoção do sistema de registro eletrônico como um meio para solucionar os problemas acima descritos.

Ressaltamos que a ilegibilidade dos registros pode conduzir facilmente a uma má interpretação dos dados e, conseqüentemente, comprometer a qualidade da assistência ao usuário, o exercício profissional e a imagem institucional. Dessa forma, é imprescindível seguir as regras para elaboração das anotações de enfermagem, entre as quais o COREN/SP preconiza: ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas; precedidas de data e hora, apresentar assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro; conter observações e cuidados prestados e sem rasuras, entrelinhas, espaços ou linhas em branco.

Tabela 5 - Divergência de informações/avaliações em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Divergência de Informações / abreviações	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	05	8,1	0	0,0
Não	57	91,9	45	100,0
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A tabela 5 traz a distribuição de frequências de divergências nos registros, se exige esforço para compreender, legível ou ilegível, de acordo com o profissional. Não foram encontradas divergências nos registros de técnicos de enfermagem, mas elas ocorrem em 8,1% dos registros dos enfermeiros. Ainda assim o teste foi conservador em não detectar diferença significativa entre os grupos. A saber, as divergências encontradas foram: o profissional ao invés de colocar RPMO que significa ruptura prematuras das membranas ovulares colocou BCF (batimentos cardíofetais), aprazamentos de HGT na opção da curva de PA e o relato de perda de tampão mucoso, e hoje alguns ramos de sangue.

Silva, et al. (2012) afirmam que as anotações de enfermagem são um importante meio de comunicação, pois identifica ações realizadas e possibilita a continuidade da assistência. Desta forma, Barreto; Lima; Xavier (2016) relata que quando o prontuário do paciente encontra-se corretamente preenchido com caligrafia legível e carimbado, contribui com o interesse dos profissionais em consultar as anotações, direcionando os cuidados necessários.

As anotações com letras legíveis evitam dupla interpretação, além de servir de respaldo ético e legal diante da justiça, assegurando o profissional, a instituição e o paciente, (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016) além de ser o principal instrumento de defesa das equipes quando há denúncia de casos de imprudência, imperícia e negligência (FRANÇOLIN; et al, 2012).

Tabela 6 - Erros de Ortografia em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Erros de ortografia	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	7	11,3	6	13,3
Não	55	88,7	39	86,7
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A tabela 6 traz a distribuição de frequências de erros de ortografia nos registros. A incidência de erros de ortografia foi de 11,3% nos registros de enfermeiros e de 13,3% nos registros de técnicos de enfermagem. A saber, os erros encontrados foram falta de acentuação (5 casos), palavra escrita errada (3 casos) entre eles “*manutensão*” (ao invés de manutenção) e “*comobidades*” (ao invés de comorbidades).

Contudo a escrita sem erros ortográficos, de forma clara e objetiva promove melhor comunicação entre as equipes, promovendo assiduidade do cuidado prestado, resultando em uma melhor assistência ao cliente (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

Percebe-se nessa pesquisa um pequeno número de erros ortográficos nos registros de ambas as categorias. Entende-se que fatos desse tipo podem resultar em prejuízos permanentes ao cliente, além de desestimular a leitura dos registros por outros. A questão do erro na redação é enfocada por autores como MARTIN (1994) que, ao abordar sobre os registros de enfermagem, segundo o ponto de vista jurídico, sugere para que os mesmos sejam efetuados de maneira objetiva, clara e sem erros. Para que se suprima as possibilidades de erros na comunicação da equipe, MARCOLINO; et al., (2004) apontam que o setor de Educação Continuada da instituição deve se empenhar no desenvolvimento de habilidades de comunicação dos trabalhadores, visando sempre o cuidado individual, contínuo e de qualidade.

Tabela 7 - Presença de Rasura em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Presença de Rasura	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	19	30,6	12	25,9
Não	43	69,4	33	74,1
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A Tabela 7 traz a distribuição de frequências da presença de rasuras nos registros. A incidência de rasuras foi de 30,6% nos registros de enfermeiros e de 25,9% nos registros de técnicos de enfermagem.

Conceitua-se que as rasuras ou alterações dos registros comprometem o valor legal dos registros de enfermagem, pela suspeita de tentativa deliberada de ocultar as informações. Estes registros poderiam ser enquadrados dentro da falsidade material, que ocorre quando a

autenticidade formal do documento fica afetada, ou seja, possui aparência de autêntico, mas não é genuíno.

O prontuário é um documento legal e não se consente rasuras, logo, ao realizar um erro ortográfico deve-se utilizar o termo “digo”, “registro incorreto”. Estes termos devem ser utilizados entre vírgulas, não sendo permitido o uso de corretores ortográficos, adesivos e borrachas (CLAUDINO; et al, 2013).

De acordo com Moreira, (2011) a utilização de corretivos líquidos ou sólidos, a presença de rasuras e riscos sobre as anotações comprometem não só a estética assim como a fidedignidade do documento.

Tabela 8 - Preenchimento do número de prontuários em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Preenchimento do número de prontuário do paciente	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	61	98,4	44	97,7
Incorreto	1	1,6	1	2,3
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A Tabela 8 traz a distribuição de frequências do preenchimento do número de prontuário nos registros, de acordo com o profissional. A tabela mostra que tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico de Enfermagem, o registro do número de prontuário é tipicamente feita: em 98,4% das anotações de enfermeiros e em 97,7% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas anotações dos enfermeiros, 1,6% não tinham registro do número de prontuário e nas anotações de técnicos de enfermagem esse percentual era de 2,7%.

Tabela 9 - Preenchimento do nome do paciente em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Preenchimento do nome do prontuário do paciente	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Completo	55	88,8	39	86,6
Abreviado	1	1,6	1	2,2
Incompleto	2	3,2	2	4,3
Incorreto	4	6,4	3	6,9
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

Tabela 9 traz a distribuição de frequências do preenchimento do nome do paciente nos registros, se completo, incompleto, abreviado ou incorreto, de acordo com o profissional. A tabela mostra que tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico de Enfermagem, o registro do nome do paciente completo é tipicamente feita: em 88,8% das anotações de enfermeiros e em 86,7% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas anotações dos enfermeiros, 6,4% tinham registro incorreto do nome e nas anotações de técnicos de enfermagem esse percentual era de 6,9%.

O preenchimento incompleto dos dados de identificação do paciente, especialmente no que diz respeito ao seu sobrenome é preocupante porque o registro incompleto destes dados pode causar danos ao paciente, relacionados principalmente, à administração de medicamentos, hemoderivados e coleta de material para exames (CASSIANI; GIMENES; MONZANI, 2009).

Conforme COREN/SP (2011). Para minimizar os riscos decorrentes da falta de identificação, a literatura referente à segurança do paciente propõe estratégias como: confirmação do nome completo junto ao paciente; utilização de pelo menos dois identificadores (por exemplo: nome completo e data de nascimento) e padronização do preenchimento de pulseiras de identificação. O preenchimento incompleto observado na prescrição de enfermagem ocorreu principalmente nos subitens relacionados à prescrição de cuidados especiais de acordo com os sinais e sintomas da patologia e com a evolução do paciente; presença de rubrica e; checagem dos cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro.

Tabela 10 - Abreviações Usadas Empiricamente em registros de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

Abreviações Usadas Empiricamente	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Não	8	12,9	7	15,6
Sim	54	87,1	38	84,4
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

Quadro 1 - Distribuição de frequências das abreviaturas usadas nos registros de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Abreviações	Significado	Frequências nos Registros de Enfermeiros	Frequências nos Registros de Técnicos de Enfermagem
↑	Seta pra cima –aumento	1	1
-	Negativo	1	0
A	Anos	1	1
ADM	Administrado	1	1
AMP	Ampola	1	1
Apt	Aparentemente↑↑	2	2
AVP	Acesso Venoso Periférico	8	8
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais	6	4
BCF+	Batimentos Cardíacos Fetais Presentes	1	1
BI	Bomba Infusora	7	4
BPM	Batimento por minuto	1	1
BV	Baixo Ventre	3	4
C/	Com	4	3
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito	1	0
CPD	Cateter Peridural	1	2
CTG	Cardiotocografia	6	4
CVD	Cateter Vesical de Demora	3	2
D	Dias	1	1
DLE	Decúbito Lateral Esquerdo	6	2
DM	Diabete Melituss	2	2
DMG	Diabetes Melitus Gestacional	4	3
DU	Dinâmica Uterina	2	2
DVP	Dor do Baixo Ventre	1	0
E	Esquerdo	1	1
EQ	Equipe	1	0
ET	Em tempo	0	1
EV	Endovenoso	2	0
FC	Frequência Cardíaca	4	3
FO	Ferida Operatória	2	1
FR	Frequência Respiratória	2	1
FU	Fundo Uterino	4	2
H	Horas	3	1
HAC	Hipertensão Arterial Crônica	2	1
HGT	Hemogluco test	4	3
HV	Hidratação Venosa	4	6
IG	Idade Gestacional	2	2
IM	Intramuscular	1	1
IV	Intravenosa	4	3
MCNZ	Macronebulização	1	1
MF	Movimentos Fetais	4	1
MF+	Movimentos Fetais Presentes	2	2
MISO	Misoprostol	1	1

MMII	Membros inferiores	12	9
MMSS	Membros superiores	3	3
MS	Membro Superior	2	1
MSD	Membro Superior Direito	12	8
MSE	Membro Superior Esquerdo	11	10
MTS	Metrossístoles	2	2
N.o	Número	1	0
NPH	Tipo de insulina de ação longa	1	1
OBS	Observação	6	4
P/	Para	8	6
PA	Pressão Arterial	9	5
PE	Prescrição de Enfermagem	1	2
PE	Pré Eclampsia	1	0
PFE	Peso Fetal Estimado	1	1
PM	Prescrição Médica	2	1
POI	Pós- operatório imediato	1	1
PPI	Pós parto imediato	1	0
PTN	Proteinúria	1	0
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo	1	1
QTD	Quantidade	2	2
Raqui	Raquidiana	1	0
REG	Registro	2	2
RN	Recém-nascido	5	6
RPMO	Ruptura Prematura de Membrana	8	4
S	Semanas	5	3
S.A	Sala de Admissão	6	4
SEM	Semana	2	2
SF	Soro Fisiológico	1	0
SIC	Segundo Informações colhidas	4	3
SO	Sala Operatória	4	3
SOS	Socorro	3	3
SP	Sala de Parto	2	2
SQN	Sempre que Necessário	25	16
SSVV	Sinais Vitais	3	2
SV	Sinais Vitais	1	1
T de parto	Trabalho de parto	0	1
TAX	Temperatura Axilar	1	1
TB	Tuberculose	1	1
TP	Trabalho de parto	12	8
TV	Transvaginais	1	1
UI	Unidade Intermediária	1	1
USG	Ultrassonografia	3	1
VO	Via Oral	1	1

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A Tabela 10 acima traz a distribuição da ocorrência de abreviações usadas empiricamente, de acordo com o profissional. A tabela mostra que tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico de Enfermagem, o uso de abreviações é tipicamente praticado: em 87,1% das anotações de enfermeiros e em 84,4% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas

anotações dos enfermeiros, 12,4% não tinham abreviações e nas anotações de técnicos de enfermagem esse percentual era de 15,6%.

O quadro acima, traz a distribuição de frequências das abreviaturas usadas nos registros de enfermeiros e técnicos de enfermagem, listadas em ordem decrescente de frequência. A abreviação mais frequente é a sigla: Sempre que Necessário (SQN) usada 25 vezes em registros de enfermeiros e em 16 registros dos técnicos de enfermagem. As siglas Membros Inferiores (MMII), Membro superior Direito (MSD), Trabalho de Parto (TP), Membro Superior Esquerdo (MSE) são também muito frequentes. Ao total, nos registros de enfermeiros foram usadas 283 abreviações, enquanto nos registros dos técnicos de enfermagem foram usadas 205 abreviações. A média de abreviações nos registros dos enfermeiros é de 4,6 abreviações por registro. A média de abreviações nos registros dos técnicos de enfermagem é de 4,6 abreviações por registros. Então, relativamente, não há diferença entre a quantidade relativa de abreviações usadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os Enfermeiros usaram em seus relatórios 88 siglas diferentes e os técnicos de enfermagem usaram 76. Os enfermeiros usam uma maior variedade de abreviações. As abreviações de alta frequência podem ser de conhecimento rotineiro, mas deve-se tomar cautela, principalmente, com as abreviações de pouca frequência que podem não ser compreendidas por outros, por não serem tão comumente usadas, podem não ser de conhecimento de todos os profissionais.

O emprego de abreviaturas não padronizadas leva a uma assistência desqualificada, pois podem ocorrer diferentes interpretações gerando dúvidas ao ler as anotações, interferindo negativamente nos resultados almejados (SANTANA; ARAUJO, 2016).

Para Moreira (2011) é necessário adotar um vocabulário uniforme. Desta forma, todos profissionais da equipe que utilizam este documento compreenderão seu significado, pois existe abreviações e siglas de uso coletivo e universal, contudo, outras não estão nesse contexto.

Neste sentido, Lucena (2013) diz que as anotações adequadas com siglas padronizadas e letras legíveis evitam a dupla interpretação, além de servir como respaldo ético e legal diante da justiça, assegurando tanto o paciente quanto a instituição e a equipe envolvida no cuidado. As anotações claras, objetivas e sem erros facilitam a comunicação entre a equipe, possibilitando a continuidade do cuidado prestado, resultando na qualidade na assistência.

Logo, o ideal é que os registros de enfermagem sejam padronizados por meio de manuais e/ou protocolos (SANTANA; ARAUJO, 2016).

Tabela 11: Anotação de data e hora nos registros de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Registros de Data e Hora	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Sim	60	96,8	45	100,0
Não	02	3,2	0	0,0
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A tabela 11 nos mostra a distribuição de frequências da anotação da data e hora nos registros, por profissional. A tabela mostra que tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico de Enfermagem, o registro da data e hora é tipicamente feito: em 96,8 % das anotações de enfermeiros e em 100,0% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas anotações dos enfermeiros, 3,2% faltavam registro de data ou hora, e em nenhum registro de técnicos de enfermagem faltou registro de data.

Quanto à data nos registros, essa variável foi encontrada em quase todas as prescrições analisadas, fato relevante e favorável, pois se trata de uma informação que garante a validade da prescrição nas 24 horas, permitindo assim a análise e a avaliação da necessidade de continuação ou não do tratamento dentro de determinado período de tempo.

Em contra partida, os estudos de Moreira (2011) e Barreto; Lima; Xavier (2016) mostram que a ausência da data e dos horários de execução das tarefas nos registros foi um dos principais erros encontrados, respectivamente.

Para Moreira (2011), as anotações devem ser iniciadas diariamente com data, precedidas da hora. A ausência da data e da hora além de prejudicar a continuidade do cuidado e o acompanhamento do quadro cronológico do paciente, pode significar a não realização de um procedimento, e prejudicar financeiramente a instituição em casos de auditoria por exemplo (CLAUDINO; et al, 2013).

As anotações de enfermagem devem ser sequenciais e providas dos horários que os cuidados foram realizados, pois quando o profissional deixa de registrar algum cuidado prestado, ele pode estar omitindo informações importantes para a evolução clínica do paciente (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

O COFEN (Resolução 191/96) afirma que as anotações de enfermagem devem ser realizadas em horários e não em turnos. Para Luz, Martins e Dynewicz (2007) a cronologia das

atividades realizadas com o paciente é essencial para a continuidade dos cuidados e previsibilidade de possíveis intercorrências.

Tabela 12: Qualificação do Registro de Administração de Medicamentos de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Registros de Administração de Medicamentos	Registros de Enfermeiros		Registros de Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Não Registrado	32	51,6	29	64,4
Incompleto	7	11,3	6	13,4
Incorreto	2	3,2	0	0,0
Não se aplica	21	33,9	10	22,2
Total	62	100,0	45	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A Tabela 12 traz a distribuição de frequências da qualificação do Registro de Administração de Medicamentos nos registros, se não registrado, incompleto, incorreto ou se não se aplica. A tabela mostra que tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico de Enfermagem, a tipicamente ‘não é feito o registro de administração de medicamentos em 51,6% das anotações de enfermeiros e em 64,4% das anotações de técnicos de enfermagem. Nas anotações dos enfermeiros, 11,3% das identificações eram incompletas e nas anotações de técnicos de enfermagem esse percentual era de 13,4%. Entretanto não havia registros de medicações incorretos para os técnicos de enfermagem, enquanto para os Enfermeiros, 3,2% dos registros de administração dos medicamentos eram incorretos.

Segundo o COFEN (2007), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu artigo 12 menciona sobre a responsabilidade desse profissional em prestar uma assistência livre de danos causados por imprudência, como a omissão, precipitação, ato intempestivo e sem cautela; negligência como desleixo, falta de cuidado e omissão dos deveres; e imperícia como o resultado do desconhecimento ou uso equivocado do conhecimento técnico adequado e da falta de habilidade.

É imprescindível o registro da execução de uma atividade, para que possa ser assegurada sua realização pelo profissional de enfermagem do ponto de vista ético e legal.(COFEN, 2007)

De acordo com o Guia de recomendação do COFEN ao registrar a administração de medicamentos, deve conter itens como a via de administração e o local. Quando a via de administração for parenteral deve-se registrar o local onde foi administrado como por exemplo,

músculo: deltoide, glúteo, vasto lateral; endovenoso: dorso da mão, região cefálica, membros inferiores; Subcutâneo: região posterior do braço, abdome, coxa. Em todos os casos deve-se fazer referência ao lado da administração, se esquerdo ou direito, e ao administrar o medicamento através de um dispositivo já existente, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso. Em via oral é importante descrever se houve dificuldade de deglutição, presença de vômitos, entre outros, já em via retal anotar o tipo de dispositivo utilizado. Para todas as vias é importante relatar os casos de rejeição do paciente, em caso de não administrar o medicamento informar o motivo, queixas do paciente, intercorrências e providencias adotadas, nome completo e COREN do responsável pelo procedimento.

De acordo com a resolução do COFEN 311/07, o profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, assim como em prescrições que não contenham a assinatura e o número do registro do profissional, exceto em situações de urgência e emergência. Ainda na mesma resolução o artigo 42 proíbe a assinatura do profissional de enfermagem em ações que não executou, assim como veda que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Tabela 13 - Registro dos Enfermeiros sobre os medicamentos aprazados e checados.

Registros dos Enfermeiros sobre os Medicamentos	Aprazados		Checados	
	n	%	n	%
Incorreto	1	1,6	0	0,0
Nenhum	0	0,0	3	3,9
Apenas alguns	4	6,5	12	23,6
Todos	42	67,7	32	51,8
Não se aplica	15	24,2	15	20,70
Total	62	100,0	62	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A Tabela 13 mostra a distribuição dos registros sobre os medicamentos aprazados e checados. A tabela mostra que tipicamente há registro de todos os medicamentos aprazados (67,7%) e registro de todos os medicamentos checados (51,8%). Contudo ainda é possível visualizar que apenas alguns medicamentos foram aprazados (6,5%) e checados (23,6%).

A ausência da checagem das medicações prescritas causa dúvidas quanto a sua realização, gerando incertezas que podem levar o paciente a receber doses acima do necessário

para sua terapêutica medicamentosa, ou até mesmo deixar de recebê-la, prejudicando sua assistência. Portanto os profissionais devem estar bem atentos a esse quesito, pois a ausência da checagem pode leva a ocorrência de riscos e prejuízos a evolução e ao prognóstico do paciente (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

Tabela 14: Registro dos Enfermeiros sobre os medicamentos e os cuidados prescritos, aprazados e checados.

Registros dos Enfermeiros	Medicamentos Aprazados		Medicamentos Checados		Registros dos Enfermeiros sobre os Cuidados Prescritos*	Aprazados		Checados	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Incorreto	1	1,6	0	0,0	Incorreto	0	0,0	0	0,0
Nenhum	0	0,0	3	4,8	Nenhum	1	1,6	6	9,7
Apenas alguns	4	6,5	12	26,6	Apenas alguns	4	6,5	24	38,7
Todos	42	67,7	32	51,6	Todos	42	67,7	23	37,1
Não se aplica	15	24,2	15	24,20	Não se aplica	11	17,7	9	14,5
Total	62	100,0	62	100,0	Total	62	100,0	62	100,0

Fonte: elaborado pela autora, 2017

A Tabela 14 mostra a distribuição dos registros sobre os medicamentos e cuidados prescritos, aprazados e checados. A tabela mostra que tipicamente há registro de todos os medicamentos aprazados (67,7%) e registro de todos os medicamentos checados (51,6%).

Contudo ainda é possível visualizar que apenas alguns medicamento foram aprazados (6,5%) e checados (26,6%). Em relação aos cuidados prescritos e aprazados pode-se observar que 67,7% dos cuidados foram aprazados, e apenas 33,9% foram checados. Entretanto, houve registros onde apenas alguns cuidados foram aprazados (6,5%) e checados (38,7%).

A ausência da checagem das medicações prescritas causa dúvidas quanto a sua realização, gerando incertezas que podem levar o paciente a receber doses acima do necessário para sua terapêutica medicamentosa, ou até mesmo deixar de recebê-la, prejudicando sua assistência. Portanto os profissionais devem estar bem atentos a esse quesito, pois a ausência da checagem pode levar a ocorrência de riscos e prejuízos a evolução e ao prognóstico do paciente (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

No estudo de Padilha; Haddad; Matsuda (2014) e Braga (2014) também houve preenchimento incompleto em relação a prescrição dos cuidados, no que se refere a checagem dos cuidados prescritos pelo enfermeiro. Os cuidados de enfermagem fazem parte de um documento legal, portanto a checagem deve ser realizada para comprovar a realização dos

cuidados pois a falta deste quesito ocasionam dúvidas em relação a continuidade do cuidado e o apuramento de processos judiciais (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

Ainda no estudo de Padilha; Haddad; Matsuda (2014) os Técnicos de enfermagem mencionaram que as prescrições de enfermagem são semelhantes, não havendo especificidade em relação aos clientes. Logo, acredita-se que a falta de especificidade dos cuidados leva a ausência da checagem destes, devido a pouca valorização que a equipe atribui.

De acordo com o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem, somente a checagem dos itens com símbolos, não validam legalmente o documento, sendo necessário descrever ação realizada.

5 CONCLUSÃO

Observou-se que os problemas mais importantes ocorrem com incidência maior que 5%, são: Falta de carimbo nas identificações de profissionais enfermeiros, escrita ilegível nos registros dos técnicos, escrita que exige esforço para compreender em registros de enfermeiros e técnicos de enfermagem, divergência de informações nos registros de enfermeiros, erros de ortografia nos registros de enfermeiros e técnicos, presença de rasuras nos registros de enfermeiros e técnicos, preenchimento incorreto do nome dos pacientes nos registros de técnicos e enfermeiros, uso empírico de abreviações nos registros de técnicos e enfermeiros, falta de registro ou registro incompleto sobre administração de medicação nos registros de técnicos e enfermeiros, registro dos enfermeiros de apenas alguns dos medicamentos aprazados e checados, registro dos enfermeiros de apenas alguns dos cuidados prescritos aprazados e checados e nenhum registro dos enfermeiros dos cuidados prescritos aprazados e checados.

Visto que o registro de enfermagem é o reflexo da atuação dos profissionais de enfermagem, é de suma importância que esses sejam revistos, com o objetivo de obter uma melhor documentação da assistência proporcionada ao paciente, aprimorando a assistência prestada, assim como a comunicação entre equipes, respaldando o profissional e a instituição em casos de auditorias e ações judiciais, além de ser o responsável por reunir todas as etapas e fortalecer a Sistematização da Assistência de enfermagem.

Nos dias atuais, há cobranças das instituições de saúde cada vez maior no número de informações referente aos registros dos pacientes. Esses registros são fundamentais para a segurança dos pacientes, questões legal e ética. Para atender essa demanda de informações, é essencial o uso de sistemas de registros eficientes aliados aos sistemas de classificações. Dessa maneira exige-se educação permanente para a qualificação profissional e o uso dessas ferramentas.

Assim, mencionamos aqui, a importância de estratégias entre a educação permanente e os profissionais de saúde assistenciais com um olhar na melhoria da qualidade dos registros de enfermagem, padronização de terminologia técnica específica para o centro obstétrico.

Uma maneira para melhoria dos registros de enfermagem e na qualidade da assistência é a implementação da SAE que proporciona ao profissional atender as necessidades individuais dos clientes, prevenindo futuros agravos e viabiliza a comunicação entre os profissionais. Desta forma, para que a sistematização mostre resultados de sua aplicabilidade é necessário que seja sobre tudo documentada.

Diante do exposto as instituições devem visar o crescimento e aperfeiçoamento dos profissionais. Logo, a educação continuada deve ser implementada no cotidiano das equipes de enfermagem, reafirmando ou reformulando valores e práticas, superando as desigualdades e as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, considerando a capacidade oferecida pela instituição de educação na saúde

Por fim, é importante reforçar que os registros de enfermagem devem ser completas, claras, precisas e legíveis, favorecendo a continuidade e a legitimação do trabalho dos profissionais de enfermagem. Logo, é recomendável que as instituições padronizem seus registros de enfermagem e ofereçam educação continuada para seus profissionais, visando o aperfeiçoamento de sua equipe.

REFERÊNCIAS

A Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, 2013

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [cited 2013 Jun 14]. Available from: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf

Albuquerque CC, Nóbrega MML, Garcia TR. Termos da linguagem identificados em registros de uma UTI neonatal. *Rev. Eletr. Enferm.* [online]. 2006 [acesso 2016 Jul 16]; 8(3):336-48. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/pdf/v8n3a04.pdf

AZEVÊDO, L. M. N; et al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012.

BARRETO, J. A; LIMA, G.G; XAVIER, C.F. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Rev. Enferm.**, v.1, n. 6, p. 2081-2093, 2016.

BRAGA, Cristiane Giffoni; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A Taxonomia II Pela proposta North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, março 2003. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de abril de 2016.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf. Acessado em 16 de junho de 2016.

BRASIL. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portaria 529. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-529_010413.pdf. Acessado em 16 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco, Manual técnico, 5ª Edição. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Resolução do COFEN-191/96. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem. [cited 2007 jan 26]; Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ionID=34>

CARRIJO, A.R.; OGUISSO, T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Rev. Bras. Enferm.**, v.56, p. 454-458, 2006. Suplemento Especial

CASSIANI, S. H. B; GIMENES, F. R. E; MONZANI, A. A. S. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev. Eletr. Enf.*, v.11, n. 2, p. xx, 2009.

CLAUDINO, H. G; et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 397-402, 2013.

COFEN Resolução nº358/2009. 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. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acessado em : 15 de Fevereiro de 2017.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução Cofen nº 191, de 31 de maio 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem [resolução na internet]. Diário Oficial da União 31 maio 1996. [acesso 20 em jan 2016]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038&ionID=34>> Brasil, 2001

COFEN Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 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. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>

COFEN Resolução nº311/2007. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem.

COFEN. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem.

COFEN. Legislação Resolução 358/09. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso: 15 de junho de 2016.COFEN.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 372 de 12 de novembro de 2010. Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. Aprova a reformulação do código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 8 de fevereiro de 2007. [acesso em maio 2012]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>

Cofen. Por que as anotações de enfermagem são importantes? Disponível em: http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 191/1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de enfermagem. [acesso em Fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html

COREN/SP –CONSELHO REGIONAL DEENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Anotações de enfermagem. 2004. Disponível em: <www.corensp.org.br>.

COREN/SP –CONSELHO REGIONAL DEENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção. São Paulo: COREN-SP; 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO PARECER COREN/SP 017/2014 – CT Ticket nº336.100. Ementa: Validade Legal dos livros de intercorrências e passagem de plantão. Aprovado em 19 de março de 2014 na 45ª. Reunião da Câmara Técnica.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – COREN/SP; REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP – POLO SÃO PAULO. 10 Passos para a segurança do paciente. São Paulo, 2010.

CUNHA, S. M. B; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **RevBrasEnferm.** v. 58, n. 5, p.568-572, 2005.

DINIZ, N. M. et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **RevBrasEnferm.**,v. 57, n. 3, p. 354-356, 2004.

ÉVORA, Y.D.M. Processo de informatização em enfermagem: Orientações básicas. São Paulo: EPU, 1995

FRANÇOLIN, L;et al. qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm.**v. 20, n. 1, p. 79-83, 2012.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016 Acesso em 18 /06/2016.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R; **Gerenciamento em enfermagem.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS,E.M. **Técnicas de Pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas; 2007

LAKATOS SBE, CAPASSO V, MITCHELL MT, KILROY SM, LUSSIER-Cushing M, SUMNER L, et al. Falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and specific surgical procedures. *Psychosomatics.* 2009; 50(3):218-26

LEITÃO, I. M. T. A;et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene.**, v.14, n. 6, p.1073-1083, 2013

LUCENA, A.F. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**,v.34, n. 4, p. 8-9,2013.

LUZ A, MARTINS AP, DYNEWICZ AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Mai-Ago, 2007; 9(2): 344-361.

MARCOLINO, J.S. et al. A importância da comunicação na passagem de plantão e sua interferência no processo de trabalho da equipe de enfermagem. **Arq. Apadec.**, v.8, supl., p.777-781, 2004.

MARTIN, F. Documentation. **Nursing**.v. 24, n. 6, p. 63-64, 1994.

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: http://www.maternidade.ufrj.br/portal/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=8&Itemid=10

MEDRONHO, R. A; et al. **Epidemiologia**. São Paulo. Editora Atheneu, 2009.

MOREIRA, N. S. Análise das anotações de enfermagem de acordo com a resolução 191/96 do conselho federal de enfermagem. **Rev.Saúde**, v.7, n. 2, p. 88-99, 2011.

NETTINA, S.R. et al. **Prática de enfermagem**. 8. ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OGUISSO, T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ; 1975.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. do C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **CogitareEnferm.**, v.19, n. 2, p. 239-245, 2014.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

PAVÃO, A.L.B; et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **RevBrasEpidemiol.**,v. 14, n. 4, p. 651-661, 2011;

PEDROSA KKA, SOUZA MFG, MONTEIRO AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. *Rev Rene, Fortaleza*, 2011 jul/set; 12(3):568-73.

POSSARI, J. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2. ed.São Paulo: Iátria, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed.São Paulo: Elsevier, 2006.

RIBEIRO, RLR. et al. Manual administrativo de enfermagem: Cuiabá: HJUM, 2006

RIUL, S. D. S. et al.Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pela puérperas. **Rev.Enferm. Atenção à Saúde**, v. 2, n. 01, p.75-88, 2013.

RODRIGUES, L. B.; MELO, M. R. A. da C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** v.61, n. 3, p. 366-370, 2008.

SANTANA, L. C; ARAUJO,T. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Revista ACRED*, v. 6, n. 11, p. xx-xx, 2016.

SANTOS, S.R.dos; PAULA, A. F. A. de; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 11,n. 1, p. xx-xx, 2003.

SEIGNEMARTIN, B. A, et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rene.*, v.14, n. 6, p. 1123-1132,2013.

SILVA, Rosa Carla Gomes da; SILVA, Abel Avelino de Paiva e and MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira. Analysis of a health team's records and nurses' perceptions concerning signs and symptoms of delirium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011, vol.19, n.1, pp.81-89. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100012>.

SILVA, J. A;et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidades semi intensiva. *Esc Anna Nery*, v. 16, n. 3, p. 576-581, 2012.

SOARES, A.; PORTO, F.Nor lady nurse, nor nurse: the manager nurse in the hospital scene in Rio de Janeiro (BR). *Rev. de Pesq.*, v.1, n. 2, p. 124-131, 2009.

SOUZA, A.C.C. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Rev. bras. Enferm.*,v.59, n.6, p. xx-xx, 2006.

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência de Enfermagem a partir de conceitos utilizados na saúde coletiva.2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a13v10n1.pdf. Acessado em 10 de Abril de 2015.

VASCONCELOS, M.M;GRIBEL,E.B.;MORAIS,I.H.S.Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 11, p. 173-182, 2008.

WHO.Department of Reproductive Health& Research.Care in Normal Birth: a practical guide.Geneva, 1996.60p. Disponível em <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/>Acesso em 13/06/2016

ZIMMERMANN, M.H.; PEREIRA, J.L.C.; MATIA, G.;et al. Anotação de enfermagem: repercussão da prática profissional e educação continuada. 5º Congresso Internacional de Educação, Pesquisa e Gestão, Paraná: 2013.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

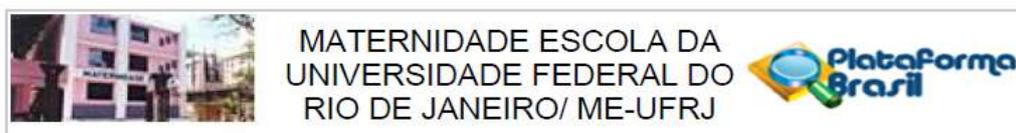
Prontuário: _____ Data do registro: _____ Turno: () SD () SN () SD/SN () Não se aplica

() ENF () TEC OU AUX // PREENCHIDO NO (EMERG) (AC) (CO) (AMB) (RN)

SÓ PREENCHER CO

Identificação do profissional com nome ao final do registro	() completo () incompleto () não preenchido Carimbo ou nome + coren + cat. prof = completo	() Enf () tec
Identificação do profissional com carimbo ao final do registro	() sim () não	() Enf () tec
Na ausência do carimbo, possui identificação legível com categoria profissional ao final do registro	() sim () não () não se aplica	() Enf () tec
Quanto a letra do registro	() Legível () Ilegível () Exige esforço para compreender	() Enf () tec
Divergência de informações/avaliações	() sim () não Especificar: _____	() Enf () tec
Erros de ortografia encontrados	() sim () não Especificar: _____	() Enf () tec
Abreviações utilizadas empiricamente	() sim () não Especificar: _____	() Enf () tec
Identificação de espaços em branco entre uma anotação e outra	() sim () não	() Enf () tec
Presença de rasura ou uso de corretivo	() sim () não	() Enf () tec
Preenchimento do número do prontuário do paciente	() sim () não () não se aplica	() Enf () tec
Preenchimento do nome do paciente	() completo () incompleto () não preenchido () incorreto () abreviado	() Enf () tec
Registro da data	() sim () não	() Enf () tec
Registro da hora	() sim () não () não se aplica	() Enf () tec
Registro da administração dos medicamentos	() completo = dose/med/via/h () incompleto () não registrado () registro incorreto () não se aplica	() Enf () tec

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Danielle Lemos Querido

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47158915.7.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.516.683

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa a ser desenvolvido sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Msc. Danielle Lemos Querido da Maternidade Escola/UFRJ.

O estudo avaliará a qualidade dos registros de enfermagem de prontuários de gestantes que foram de alta do alojamento conjunto, pois, já passaram por outros setores da maternidade estudada (emergência obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto) e, de recém-nascidos internados na unidade neonatal e também no alojamento conjunto, pois, ambos contém registros de Enfermagem do Centro Obstétrico. Os dados serão coletados em três tipos formulários, sendo um para cada tipo de registros – dos auxiliares de enfermagem ou técnicos; dos enfermeiros e a prescrição médica. O objetivo geral do estudo é analisar a qualidade dos registros de enfermagem na Maternidade Escola/UFRJ e como objetivos específicos "identificar as não conformidades relacionadas aos registros de enfermagem" e "apresentar propostas para o treinamento da equipe em relação à temática da qualidade dos registros de enfermagem". O desenho do estudo será de uma pesquisa documental retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa. Os dados serão coletados diretamente dos prontuários, a partir de um instrumento específico, que permitirá a avaliação das anotações descritas comparando-as com padrões esperados de anotação, segundo a literatura. Serão considerados os aspectos - Legibilidade; Completude; Autenticidade e;

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.516.683

Organização. Como trata-se de uma pesquisa documental, não haverão sujeitos ou participantes envolvidos diretamente na pesquisa e, a pesquisadora apresenta termo de confidencialidade no qual se compromete a preservar a privacidade dos dados contidos nos prontuários analisados.

A emenda é justificada pela pesquisadora, pois, foram agregados a pesquisa outros profissionais da unidade que participarão do estudo na coleta de dados, na revisão da literatura, e na análise dos resultados. Os pesquisadores que foram agregados à equipe foram: Sabrina Lafetá Aguiar; - Fernanda Helena Larotonda Santos; - Karina Rodrigues Fernandes; - Roberta Wagner da Silva; - Juliana Melo Jennings; - Priscilla dos Santos Vigo; - Helder Camilo Leite; - Jaqueline Souza da Silva; - Dielly Natannara Chagas Fernandes; - Monique Ribeiro Correia; - Viviane Saraiva de Almeida.

Houve ainda a alteração do cálculo amostral, justificada por reflexão após novas buscas bibliográficas que tratam da análise dos registros de enfermagem nas unidades de saúde e, constatou-se que o N empregado para o cálculo da amostra não deveria ser baseado no número de prontuários e sim no número de registros de enfermagem realizados na unidade no período pré-estabelecido (janeiro a julho de 2015). Assim, a amostra inicialmente descrita de 295 prontuários foi recalculada para 374 registros utilizando-se da mesma fórmula de cálculo amostral empregada originalmente no projeto. Esse número foi contabilizado a partir de um total de 12844 registros de enfermagem no período pré-estabelecido realizados nos setores da instituição a cada turno de 12h (ambulatório, emergência obstétrica, centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade neonatal).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar a qualidade dos registros de enfermagem na Maternidade Escola/UFRJ e como objetivos específicos "identificar as não conformidades relacionadas aos registros de enfermagem" e "apresentar propostas para o treinamento da equipe em relação à temática da qualidade dos registros de enfermagem".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a descrição metodológica apresentada na emenda, não há riscos adicionais aos participantes do estudo. E os benefícios são os mesmos descritos anteriormente, melhora na qualidade das anotações de enfermagem, pois, diante dos resultados obtidos, serão elaboradas estratégias para intervenções educativas e treinamentos sobre essa temática. O relator entende que o risco é mínimo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.516.683

O projeto é relevante e, poderá trazer contribuição para o Serviço de Enfermagem da maternidade estudada.

A emenda é bem descrita e respalda as alterações propostas no projeto original.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhum termo adicional foi necessário para a emenda proposta.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

1) De acordo com o item VII.13.d, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).

2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	curriculo.doc	15/04/2016 13:17:56	Francisco Carlos Santana Costa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_600949 E1.pdf	15/04/2016 09:42:04		Aceito
Outros	ementa.pdf	15/04/2016 09:28:23	Danielle Lemos Querido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	15/04/2016 09:15:34	Danielle Lemos Querido	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	08/07/2015 12:56:25		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.516.683

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Abril de 2016

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br

Página 04 de 04