

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DANIELLE JUST GOULART

**AVALIAÇÃO DO REGISTRO DO ENFERMEIRO NO PRONTUÁRIO DE
PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO SUL DE
SANTA CATARINA**

CRICIÚMA, AGOSTO 2011.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DANIELLE JUST GOULART

**AVALIAÇÃO DO REGISTRO DO ENFERMEIRO NO PRONTUÁRIO DE
PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO SUL DE
SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Luciana Rosa

CRICIÚMA, AGOSTO 2011.

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva, documental, desenvolvida em um pronto atendimento de um hospital do Sul de Santa Catarina. Objetivou-se avaliar os registros do enfermeiro no prontuário de pacientes atendidos na emergência no ano de 2010; identificar os itens registrados pelos enfermeiros no prontuário de pacientes atendidos na emergência; avaliar a qualidade e a quantidade dos registros feitos pelo enfermeiro; verificar a utilização da SAE nos registros do enfermeiro. Foi realizada a coleta de dados dos prontuários do ano de 2010, onde os registros dos enfermeiros ocorrem em menor quantidade nos prontuários, e a SAE de forma incompleta.

Palavra-chave: enfermeiro, registro, emergência

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

PE – Processo de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SC – Santa Catarina

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Itens registrados pelo Enfermeiro no ano de 2010.....	26
Tabela 02 – Qualidade dos Registros no ano de 2010	27
Tabela 03 – Quantidade dos Registros	31
Tabela 04 - Sistematização da Assistência de Enfermagem	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 O ESTADO DA ARTE	9
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	9
2.2 A LEGISLAÇÃO PARA A ENFERMAGEM.....	11
2.3 OS REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	11
2.3.1 Aspecto legal sobre registro de enfermagem	12
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	16
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	16
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	16
3.3 LOCAL DE ESTUDO.....	17
3.4 SUJEITO DO ESTUDO.....	18
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	18
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	19
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20
4.1 ITENS REGISTRADOS PELO ENFERMEIRO	20
4.2 QUALIDADE DOS REGISTROS.....	21
4.3 QUANTIDADE DOS REGISTROS	25
4.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar os registros do enfermeiro no prontuário de pacientes atendidos na emergência de um hospital do Sul de Santa Catarina no ano de 2010.

A decisão da escolha desta temática, durante o período da Especialização de Assistência de Enfermagem a Urgência e Emergência, deu-se pelo interesse de avaliar a qualidade dos registros dos enfermeiros nos prontuários de pacientes atendidos na emergência.

Para realizar uma adequada assistência de Enfermagem o profissional enfermeiro, precisa de instrumentos para abordagem da realidade prática e alcance dos objetivos nesta assistência.

Dentre os instrumentos disponíveis ao enfermeiro encontra-se a sistematização da assistência de enfermagem segundo a resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem que 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 (SILVA et, al. 2011)

Esta sistematização da assistência de enfermagem (SAE) precisa além de ser pensada, desenvolvida e registrada, pois na enfermagem e demais profissões, teoricamente o que não é registrado não foi efetuado.

O registro de enfermagem tem sua importância porque facilita e valoriza a assistência prestada ao paciente, e, além de tudo é uma fonte documental de defesa ao profissional e ao serviço realizado quando bem registrado.

Para Figueiredo (2003) os registros de enfermagem são importantes porque fornecem ao enfermeiro e a equipe informações relevantes ao estado do paciente e a assistência prestada, protegendo inclusive ações profissionais e a autonomia profissional diante a equipe e a sociedade.

A hipótese da falta de dados específicos no registro realizado por enfermeiros pode estar relacionada ao equívoco dos profissionais em pensar que a escrita não seja tão importante quanto o cuidado. Todo o cuidado prestado deve ser devidamente registrado de forma científica e clara, a fim de estabelecer a responsabilidade técnica do enfermeiro.

Quando os registros não são claros podem se constituir em instrumento de acusação ao invés de defesa.

Em se tratando de urgência e emergência a assistência de enfermagem exige dos profissionais eficiência e rapidez, almejando-se não só o aprimoramento das habilidades motoras dos enfermeiros, mas a melhora da qualidade dos cuidados prestados do atendimento, levando a busca de conhecimentos científicos bem mais profundos. Nestas unidades de alta rotatividade exigem de nossos profissionais uma assistência rápida, com resolutividade e a SAE possibilita uma avaliação das reais necessidades do paciente promovendo um cuidar com qualidade. Desta forma, torna-se necessário avaliar os registros do enfermeiro para que a partir desta avaliação se reflita mais sobre a importância da sistematização da assistência de enfermagem.

Para tanto se elencou como **questão norteadora**: De que forma é realizado o registro do enfermeiro no prontuário de pacientes atendidos na emergência de um hospital do Sul de Santa Catarina no ano de 2010? E para que pudesse responder a questão norteadora traçou-se como **objetivo geral**: Avaliar os registros do enfermeiro no prontuário de pacientes atendidos na emergência de um hospital do Sul de Santa Catarina no ano de 2010. Como **Objetivos Específicos**: Identificar os itens registrados pelos enfermeiros no prontuário de pacientes atendidos na emergência; Avaliar a qualidade e a quantidade dos registros feitos pelo enfermeiro; Verificar a utilização da SAE nos registros do enfermeiro. Como **Hipóteses** apresentaram-se:

- a) Os enfermeiros registram o cuidado ao paciente em situação de emergência;
- b) Existe subnotificação dos registros no prontuário pelo enfermeiro;
- c) Os enfermeiros não utilizam gírias e abreviaturas não oficiais; com descrição compreensível do estado do paciente; sinais vitais;
- d) Nos registros do enfermeiro não há rasuras;
- e) há no registro assinatura e categoria;

f) há data e hora do atendimento registrado na entrada do sujeito na emergência;

g) A sistematização da assistência de enfermagem não é adequadamente utilizada nos registros do enfermeiro.

Para que pudéssemos apresentar o estudo de forma mais organizada propomos: **Capítulo 1** – Contextualização onde apresentamos à justificativa, questão norteadora, objetivo geral, objetivos específicos e hipóteses; **Capítulo 2** – Estado da arte: neste capítulo estão explanados; os conteúdos que dão subsídios teóricos (O Processo de Trabalho de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, A legislação para a enfermagem, Os registros de enfermagem, Aspecto legal sobre registro de enfermagem). **Capítulo 3** - Trajetória Metodológica: onde são apresentados os caminhos percorridos para alcance dos objetivos; **Capítulo 4** – Apresentação e discussão dos resultados; **Capítulo 5** – Percepções do pesquisador; **Capítulo 6** – Considerações finais e **Capítulo 7** – Referências.

2 O ESTADO DA ARTE

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A profissão de Enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos.

No início a enfermagem era baseada numa postura caritativa, os cuidados eram intuitivos e empíricos. A partir de 1989, com Florence Nightingale, inicia-se a preocupação com a prática embasada em conhecimentos científicos. Por volta de 1950 percebem-se as primeiras alusões ao processo de enfermagem que tem sido visto como a aplicação do método científico na prática de enfermagem. No Brasil, na década de 60 o processo de enfermagem difundiu-se a partir da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposto pela Dra. Wanda Horta (BEZERRA; VIEIRA; JORDELINA, 2007). Este processo de trabalho se caracteriza por ser uma ação, determinada por uma finalidade, na qual o homem transforma um objeto em um produto, utilizando-se de instrumentos de trabalho (LEOPARDI, 2006).

O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições. A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

O processo de enfermagem é:

[...] baseado em princípios e regras que são conhecidos por promover cuidado de enfermagem eficiente". Ele é definido como "a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano". Pode ser denominado, ainda, como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou por Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE). Seja qual for o termo utilizado, trata-se de uma organização da assistência de enfermagem (ANDRADE, et al., 2005, p. 262).

Para Peres, Ciampone (2006) o trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro.

“A prática da enfermagem como profissão requer educação especial e é regulado pela Lei do Exercício Profissional nº 7 498/86, no Brasil, como parte essencial da sociedade, com a qual se desenvolveu” (LEOPARDI, 2006, p. 47).

O trabalho de enfermagem confirma-se na prática, a relação da melhoria na qualidade do serviço, organização e controle da assistência prestado a cada paciente.

Segundo Bezerra; Vieira; Jordelina, (2007) o papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhamento e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Ainda para Bezerra; Vieira; Jordelina, (2007) os serviços de emergência hospitalar são considerados uma das áreas do hospital de maior complexidade da assistência, com maior fluxo de atividades de profissionais e necessidades dos usuários. Nestes locais são exigidas, umas assistências imediatas, eficientes e de amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos.

O enfermeiro planeja sua assistência a partir da avaliação das reais necessidades que o paciente apresenta. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelece que cabe ao enfermeiro planejar as atribuições da equipe de enfermagem, delegar ações aos profissionais de nível técnico e médio e determina a força legal para o exercício da SAE (BEZERRA; VIEIRA; JORDELINA, 2007).

Bezerra; Vieira; Jordelina, (2007) salientam que a Resolução 272 do COFEN, de 2002 no seu Artigo 2º, determina que esta é uma atividade exclusiva do Enfermeiro, com isso, à implementação da Sistematização da

assistência de enfermagem deve ocorrer em toda a instituição de saúde pública e privada – e que os passos dessa sistematização sejam formalmente registrados no prontuário do cliente.

Conforme Leopardi (2006), utilizando a metodologia de assistência de enfermagem, o enfermeiro estabelece como lógica a realização de seu trabalho, promovendo diagnósticos fidedignos, avaliação e intervenção no processo de cuidado do paciente.

Portanto, pode-se dizer que o trabalho de enfermagem requer uma maior valorização, pois o profissional enfermeiro desempenha e presta o cuidado da melhor forma possível, com humanidade e sabedoria, tendo compromisso total com o paciente e sua equipe.

2.2 A LEGISLAÇÃO PARA A ENFERMAGEM

Em 1931 inicia-se a regulamentação do exercício da enfermagem, com a promulgação do Decreto nº 20.109, que eleva a Escola Anna Nery à condição de escola oficial padrão (BESSA; AMORIM, 2006).

Nos anos 30, ganha impulso o processo de industrialização e urbanização, que se acelera nas décadas seguintes.

Fortalece-se a classe operária, cria-se o sistema previdenciário e o sistema hospitalar se expande e moderniza. A partir da Lei n 8080 inicia-se a valorização da enfermagem em Saúde Pública, com a implantação da estratégia da Saúde da família com o início do SUS (VIANA; DAL POZ, 1998).

2.3 OS REGISTROS DE ENFERMAGEM

As anotações de enfermagem consistem no principal meio que comprova a prestação de cuidados e a qualidade dos mesmos.

Para Matsuda; Silva; Évora; Coimbra, (2006) os registros de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente e aos seus cuidados. Ele refere que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam

à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros).

Sabemos que é de grande importância à anotação/registo de enfermagem e diante disto é necessário falarmos a respeito dos aspectos legais sobre o registo de enfermagem.

2.3.1 Aspecto legal sobre registo de enfermagem

A Decisão do Conselho Regional do Estado de São Paulo – DIR/001/200, 18 de janeiro de 2000, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem, pela Decisão CFEN Nº 019/2000, de 13 de março de 2000, considera que a Documentação de Enfermagem constitui o registo das:

- a) Ações de enfermagem dos sinais, sintomas e reações apresentadas pelo paciente, relativo e reações apresentadas pelo paciente, relativo às condições do mesmo, ou execução dos cuidados planejados, em função de um determinado tratamento ou procedimento de diagnóstico ou a justificativa da sua não execução e;
- b) De todas as fases do processo de sistematização da assistência de enfermagem com a finalidade clínica e administrativa. Para efetuar essa documentação, é necessário o conhecimento técnico-científico do que anotar; quando, onde, como, para quê e quem deve anotar.
- c) Também normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a Documentação de Enfermagem e resolve que:

Artigo 1º - O registo deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras.

Artigo 2º - Após o registo deve constar à identificação do autor constando nome, COREN e carimbo.

Artigo 3º - O registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, e complementado com data e hora.

Artigo 4º - registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

Artigo 5º - O registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria em enfermagem.

Artigo 6º - O registro deve fazer parte do prontuário do paciente e servir de fonte de dados para os processos administrativos, legais, de ensino e pesquisa.

Artigo 7º - Os registros podem ser: manual (escrito à tinta e nunca a lápis) ou eletrônico (de acordo com a legislação vigente) (SCHWALM, 2011).

Segundo Possari (2007), o século XX apresentou progressivo aumento da complexidade do ambiente hospitalar, transformando os hospitais em verdadeiros centros de alta tecnologia e custo e várias estruturas surgiram para suprir informações para sua gestão. Percebe-se também um desenvolvimento extraordinário na medicina, enfermagem e administração hospitalar com ênfase a história clínica e documentos que transformou este conjunto de anotações seja impressa, seja digitalizada como elemento imprescindível a qualquer instituição hospitalar, qual seja, o prontuário do paciente.

Segundo o Conselho federal de Medicina (POSSARI, 2007, p.17), na resolução 1.638/2002 o prontuário consta como:

Documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir dos fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Ele é chamado equivocadamente de prontuário médico, no entanto segundo Possari (2007) esta abordagem está se modificando para uma visão

ampliada como prontuário do usuário, que é provedor de todas as informações constantes e principais beneficiário deste.

Se o paciente é assistido por uma equipe multiprofissional então de fato o prontuário não pode ser denominado como médico e sim como do paciente. Este documento é importante não apenas por constar a anamnese (histórico) do paciente, mas por constar todas as ações tanto da enfermagem quanto médica e de outros profissionais, incluindo exame físico, prescrição terapêutica, relatórios da enfermagem, análise e resultados de exames complementares e demandas terapêuticas atendidas (POSSARI, 2007).

O prontuário tem como finalidade (POSSARI, 2007, p.22) para o paciente, hospital e equipe de saúde as seguintes informações:

- I. Os dados contidos no prontuário possibilitam atendimento e obtenção do diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos;
- II. Os registros existentes podem dispensar ou simplificar interrogatório e exames complementares desnecessários, reduzindo o custo do atendimento e também o tempo de permanência no hospital;
- III. Representa grande número de defesa em caso de possíveis prejuízos e de reivindicações de direitos perante o médico, o hospital e poderes públicos;
- IV. Permite maior rotatividade de pacientes baixando a média de permanência, maior rotatividade de pacientes e maior lucro ao hospital;
- V. Reduzir uso indevido de equipamentos e serviços especializados;
- VI. É o documento de maior valor para defesa de acusações;
- VII. Permite em qualquer tempo o conhecimento exato do tratamento e cuidados despendidos e resultados alcançados;
- VIII. Demonstra padrão de atendimento prestado pelo hospital;
- IX. É instrumento eficiente de intercomunicação inter-profissional e permite continuidade do tratamento e cuidados;
- X. Permite a integração da equipe de saúde;
- XI. Subsidia a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, procedimentos e resultados evolutivos ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, identificação de novos problemas e condutas diagnósticas e terapêuticas associadas.
- XII. Possibilita também o ensino e a pesquisa.

As funções do prontuário para o mesmo autor se configuram no apoio ao processo de atenção à saúde, servindo de fonte de informações clínica e administrativa para tomada de decisões, é o registro legal das ações da equipe multiprofissional, apoia a pesquisa e promove o ensino e gerenciamento dos serviços.

Os prontuários podem ser em papel ou eletrônico. Em papel apresenta vantagens como facilidade no manuseio, conteúdo livre, liberdade de escrita, facilidade de transporte, não exige treinamento especializado, nunca

“sai do ar” e é amigável. O prontuário em papel tem algumas dificuldades como tem conteúdo livre, preenchimento incompleto leva a ambiguidade, para conteúdos científicos os dados precisam ser transcritos, não permite lembretes aos profissionais, dificuldade de acesso as informações, fragilidade do papel, perdas frequentes de informações (SCHWALM, 2011).

O prontuário eletrônico se constitui no conjunto de informações armazenadas digitalmente sobre a vida de um paciente especificamente projetado com o propósito de permitir a continuidade da assistência a saúde, além de fornecer ao usuário um conjunto completo de informações para a educação e pesquisa (MASSAD; NETO, 2003).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem metodológica adotada para este estudo foi quantitativa, uma vez que a avaliação pretende aprofundar-se nas questões referentes ao registro do enfermeiro nos prontuários de pacientes atendidos na emergência.

Para Raupp; Beuren, (2003) pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados. Esse procedimento não é tão profundo na busca de conhecimento da realidade dos fenômenos, uma vez que se preocupa com o comportamento dos acontecimentos.

Para Richardson (1999) o método quantitativo caracterizou-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. O método quantitativo representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação.

O método quantitativo é frequentemente aplicado nos estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis, bem como nos que investigam a relação da causalidade entre fenômenos (RICHARDSON, 1999).

3.2 TIPO DE PESQUISA

a) Quanto aos Objetivos:

Foi utilizado à pesquisa descritiva, pois envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados realizadas através de observações.

Na concepção de Gil (1999 *apud* RAUPP, BEUREN, 2003, p. 81),

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Infere-se do exposto que a pesquisa descritiva é como um estudo intermediário entre a pesquisa exploratória e a explicativa, ou seja, não é tão preliminar como a primeira nem tão aprofundada como a segunda. Nesse contexto, descrever significa identificar, relatar, comparar, entre outros aspectos (RAUPP, BEUREN, 2003, p. 81).

De forma análoga, Andrade (2002 *apud* RAUPP, BEUREN, 2003, p. 81) destaca que [...] a pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

b) Quanto aos Procedimentos técnicos:

A pesquisa foi documental, pois, identificou dados a partir de registros efetuados por enfermeiros em prontuários de pacientes atendidos na emergência de um hospital do Sul de Santa Catarina no ano de 2010.

Segundo Silva, Grigolo (2002), a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada. Esse tipo de pesquisa visa, assim, selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor, podendo, desse modo contribuir com a comunidade científica a fim de que outros possam voltar a desempenhar futuramente o mesmo papel.

3.3 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital do Sul Santa Catarina no ano de 2010. Este Hospital foi fundado no ano de 1950, possui 33 funcionários, 3 Enfermeiros, 1 Técnico de Enfermagem, 9 Auxiliares de Enfermagem, 1 Nutricionista, 2 Ortopedistas, 1 Psiquiatra, 1 Ginecologista, 1 Cirurgião Geral, 3 Médicos Residentes Clínicos Geral e conforme a necessidade dos plantões são chamados outros Médicos. E os demais, se dividem em: secretários, contabilista, recepcionistas e equipe de limpeza.

3.4 SUJEITO DO ESTUDO

Pesquisa em 2.065 prontuários no que diz respeito aos registros dos enfermeiros no ano de 2010.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida do seguinte modo:

a) Primeiro Momento:

O projeto da monografia foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC; Sendo aprovado e solicitado autorização para a realização da pesquisa a diretoria do local pesquisado;

b) Segundo Momento: Reconhecimento do campo de pesquisa;

c) Terceiro Momento: Realização da seleção dos prontuários, através de amostra intencional a partir dos seguintes critérios:

Critérios de Inclusão

- Registro no ano de 2010;
- Ter registro dos enfermeiros nos prontuários de pacientes atendidos na emergência.

Critérios de Exclusão dos sujeitos:

- Períodos não correspondentes aos selecionados;
- Não ter registro dos enfermeiros nos prontuários de pacientes atendidos na emergência.

d) Quarto Momento: Avaliação dos registros do enfermeiro nos prontuários de pacientes atendidos na emergência, a partir de um roteiro de observação sistematizada.

Para Leopardi (2002, p.174), “na observação sistemática o pesquisador deverá utilizar um instrumento previamente definido, contendo as categorias necessárias ao estudo”.

Para Rudio (2002, p. 44), “a observação sistemática é chamada também de “planejada”, “estruturada” ou “controlada” – é a que se realiza em condições controladas para se responder a propósitos, que foram anteriormente definidos”.

e) Quinto Momento: Após o termino da avaliação a pesquisadora realizou a condensação dos dados. Nesta fase as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada inicialmente a estatística descritiva. O programa utilizado para armazenamento dos dados foi o Microsoft Excel.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida somente após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e autorização dos campos de pesquisa para a realização da mesma, mediante apresentação do projeto. Com base na Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, foram assegurados a privacidade e o anonimato dos participantes do estudo. Os mesmos foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo de cunho quantitativo, foram avaliados 2.065 prontuários do pronto atendimento de um hospital do Sul de Santa Catarina, dos quais 131 foram registrados pelos enfermeiros e avaliados pela pesquisadora.

Os levantamentos dos dados dos prontuários do ano de 2010 ocorreram no mês de Junho de 2011, o qual o pesquisador dispôs-se de 50 horas para a avaliação.

4.1 ITENS REGISTRADOS PELO ENFERMEIRO

São muitos os fatores que podem interferir em uma boa identificação do paciente: estado de consciência, sedação, barreira lingüística, idade, homônimos, etc. Erros nas identificações geralmente vêm acompanhados de sérias conseqüências para os pacientes, familiares e instituições. A gravidade destas conseqüências pode variar de seqüelas leves até mesmo o óbito, com relação ao paciente e aumento dos custos hospitalares até complicações jurídicas, com relação à instituição (MACHADO, 2003).

Diante disso, surgiram nestes resultados quatro itens a serem registrados pelos enfermeiros: dados de identificação, hora do atendimento, data do atendimento, motivo do atendimento.

A anotação, bem como a evolução, são instrumentos de grande valor e importância na assistência. As anotações e as observações do paciente contribuem com informações para se fazer diagnóstico médico e de enfermagem, assim como o planejamento do plano de cuidados que será utilizado; servir de elemento para pesquisa; fornecer elementos para auditoria em enfermagem; servir para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (DANIEL, 1981 *apud* RIBEIRO, SILVA 2010).

Tabela 01 - Itens registrados pelo Enfermeiro no ano de 2010

Itens Registrados	Sim	Não	Parcial
Dados de Identificação	122 (93,13%)	-	9 (6,87%)
Hora do Atendimento	131 (100%)	-	-
Data do Atendimento	131 (100%)	-	-
Motivo do Atendimento	131 (100%)	-	-

Fonte: Dados do Pesquisador, 2011

A partir das observações das anotações dos enfermeiros podemos identificar que 93,13% (122 prontuários) dos registros constam os dados de identificação dos pacientes, porém, também foi visto que nem sempre são os enfermeiros que registram esses dados. Todavia, é necessário que o enfermeiro verifique se esses dados estão presentes ou não nesses prontuários.

Quanto à identificação da data, hora e motivo dos atendimentos foram observados que são registrados 100% nos prontuários.

Assim como os dados de identificação a data, hora e o motivo dos atendimentos são importantes para os registros nos prontuários, elas também contribuem com informações para se fazer um bom diagnóstico, e por isso, o enfermeiro deve sempre estar atento em preencher esses dados corretamente.

4.2 QUALIDADE DOS REGISTROS

O prontuário do paciente, teoricamente completo, traz todas as informações para dirimir qualquer dúvida que porventura apareça quanto aos procedimentos realizados na assistência ao paciente. Quando corretamente preenchido em letra legível, devidamente assinado e carimbado, é e tem sido o principal documento de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência (POSSARI, 2007).

Possari (2007), refere também que os registros de enfermagem sejam seguidos por alguns critérios como;

- a. A escrita deve ser legível;
- b. Os registros de enfermagem precisam ter observações factuais, sem julgamento ou conclusões sem sustentação;
- c. Incluir data e hora de todas anotações de enfermagem;
- d. Incluir todas as informações necessárias;
- e. Documentar as ocorrências com o paciente de forma cronológica;
- f. Usar apenas abreviaturas padronizadas na instituição;
- g. Assinar cada registro de enfermagem.

A partir da pesquisa realizada encontramos cinco elementos quanto à qualidade dos registros do enfermeiro: gírias, abreviaturas, rasuras, descrição compreensível, assinatura e nº de registro.

Tabela 02 – Qualidade dos Registros no ano de 2010

Qualidade dos Registros	Sim	Não	Parcial
Gírias	1 (0,76%)	130 (99,24%)	-
Abreviaturas	11 (8,40%)	120 (91,60%)	-
Rasuras	18 (13,74%)	113 (86,26%)	-
Descrição Compreensível	125 (95,42%)	1 (0,76%)	5 (3,86%)
Assinatura e nº do Registro	129 (98,47%)	-	2 (1,53%)

Fonte: Dados do Pesquisador, 2011

Em relação às observações dos registros quanto às gírias foi possível identificar que 99,24% desses registros não contém gírias, e 0,76% (01 prontuário) os enfermeiros usaram gírias.

Diversas terminologias têm sido padronizadas na enfermagem, de forma a possibilitar a tradução em várias línguas, atender as necessidades de documentação e análise em enfermagem nas fases de diagnóstico, intervenção e resultado dos cuidados específicos.

A constituição de uma terminologia própria marca, em toda ciência, o advento ou o desenvolvimento de um novo conceito, demarcando sua história. Poder-se-ia mesmo dizer que a história particular de uma ciência se resume na de seus termos específicos, na saúde os termos científicos. Uma ciência só começa a existir ou consegue se impor na medida em que faz existir e em que impõe seus conceitos, através de sua denominação. (BENVENISTE, 1989).

Quanto às observações sobre as abreviaturas podemos ver que são poucos utilizados pelos enfermeiros (11 prontuários), a

maior parte dos registros dos sinais vitais são identificados nos dados de identificação junto ao nome, idade, sexo, devido ao protocolo de atendimento.

Para Dorneles (2009) um estudo revela o quanto às abreviaturas podem ser perigosas: 5% de trinta mil erros de medicação – alguns fatais – reportados a uma base de dados americana entre 2004 e 2006 envolveram abreviações.

Pesquisadores recomendam que os hospitais ampliassem as regras, sugerindo que “é necessário coação para garantir que abreviações não sejam usadas” pelos profissionais de saúde (DORNELES, 2009).

Em nada a utilização de abreviatura ajuda no atendimento do paciente, devendo ser, aos poucos, abolida; o que acreditamos, infelizmente, não ser possível, tendo em vista a reticência na adoção de tal conduta pelos profissionais da área da saúde e o seu “vício” em assim proceder ao longo de décadas. Todavia, faz-se necessário que os profissionais se informem sobre os malefícios que tal conduta pode ocasionar e mudem seus hábitos. Se isso não ocorrer em razão da conscientização livre, acreditamos que o será por causa de condenações judiciais (civis e criminais) e administrativas, às vezes, a única linguagem conhecida pelos brasileiros (DORNELES, 2009).

Para Matsuda (2006), o registro do enfermeiro deverá ter objetividade, clareza e referência a algum fato. Deve evitar erros de grafia, uso de siglas e abreviações.

Segundo Possari (2007), o uso de abreviaturas, siglas, acrônimos e unidades de medida facilitam a redação e a leitura do texto, visto que evita a repetição de nomes muitas vezes longos, porém, as abreviaturas só poderão ser utilizadas quando padronizadas. Cita-se a seguir exemplos de algumas abreviaturas citadas pelos enfermeiros: *Frequência Cardíaca (FC)*, *Frequência Respiratória (FR)*, *Pressão Arterial (PA)*, *Oxigênio (O2)*, *Sinais Vitais (SV)*. Em relação às rasuras, apenas 13,74% (18 prontuários) dos registros foram encontradas rasuras.

Nesta classe de observações reforça-se que as anotações em prontuários devem ser completas e claras, devendo-se corrigir os erros utilizando os termos “digo” ou “correção”, e a seguir, escrever o correto, para depois continuar o registro. Especificamente as rasuras têm

implicações legais, pois o prontuário é um documento e as anotações podem ser requisitos de defesa no ponto de vista jurídico.

Em relação à descrição dos registros, 95,42% deles são compreensíveis, 0,76% (01 prontuário) não foi possível entender o que o enfermeiro registrou sobre o paciente, devido a mal escrita. E 3,86% (05 prontuários) parcialmente compreensível.

Segundo Dorneles (2009) prevê o Decreto no 50.387/61, que regulamentou a Lei no 2.604/55, que trata do exercício da enfermagem profissional: Art. 14. São deveres de todo o pessoal de enfermagem: “[...] manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o paciente e com a enfermagem”.

Dorneles (2009) ressalta que é absurdo falar em letra ilegível em pleno século XXI, com o avanço da tecnologia e o reconhecimento dos direitos dos pacientes. Mas infelizmente, é constatada ainda a presença de letras absolutamente indecifráveis em prontuários de paciente.

Dorneles (2009) também refere que muitos profissionais de saúde foram condenados judicialmente porque o documento que produziram (prontuários ou receitas) não era passível de leitura.

O prontuário é a grande arma para que o corpo clínico e paciente se entendam é a linguagem, pois todo compreender é interpretar, e todo interpretar desenvolve-se no médium de uma linguagem (STANCIOLLI, 2004 *apud* DORNELES, 2009)

Matsuda; Silva; Évora; Coimbra (2006) referem que o registro é um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente. Ainda segundo essas autoras, nos Estados Unidos da América, os registros têm se tornado num dos temas mais desafiadores na enfermagem, pois denota a qualidade do cuidado prestado e subsidia os financiamentos e reembolsos pelas instituições seguradoras.

Em se tratando da categoria: assinatura e número do registro do Coren do enfermeiro foi observado que apenas (02 prontuários) estavam parcialmente, ou seja, apenas com o nome do profissional sem o número do registro.

É importante salientar que frente a processo judicial é necessário que seja identificado e ouvido o responsável pelo registro e ainda possa ter defesa por parte de seu órgão de classe, no caso da enfermagem o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Luz (2007) aborda a legislação da enfermagem que prevê que é dever da equipe de enfermagem manter uma anotação de forma perfeita, bem como organizar os documentos referentes ao paciente em relação à enfermagem. A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu Art. 14, ressalta a responsabilidade de toda equipe de enfermagem em anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem.

Assim, faz-se necessário seguir uma normativa, que observe seus aspectos legais e éticos. Qualquer erro no registro precisa ser imediatamente corrigido de acordo com as normas da instituição, pois esses registros podem servir como facilitadores e determinantes em casos judiciais.

4.3 QUANTIDADE DOS REGISTROS

A SAE é considerada um instrumento valioso para o enfermeiro, principalmente na emergência, uma vez que este contribui, de forma direta, na melhora da assistência e resolutividade, possibilitando a avaliação e documentação do atendimento prestado.

Em relação à busca de informações nos prontuários foi possível identificar a quantidade dos registros dos enfermeiros do pronto atendimento, sendo que o existiam dois enfermeiros contratados nos períodos de 6h às 22h, ficando descoberto os horários das 22h às 6h. No total de 229 (11,09%) registros descobertos em relação aos 2.065 total de todos os registros do ano de 2010.

Tabela 03 – Quantidade dos Registros 2010

Quantidade dos Registros	Número	Percentual
Atendimentos no período sem cobertura de enfermeiros	229	11,09%
Registrados pelos Enfermeiros	131	6,34%

Total de Prontuários no ano de 2010	2.065	100%
-------------------------------------	-------	------

Fonte: Dados do Pesquisador, 2011

A Resolução do COFEN Nº 189/96 Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde.

Considerando que compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais, necessário para a prestação da assistência de enfermagem,

Resolve:

Art. 1º - As instituições de saúde do país deverão levar em conta, para o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem, o estabelecido na presente Resolução.

Art. 2º - O dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem deverá basear-se em características relativas.

I - à instituição/empresa:

- missão; - porte; - estrutura organizacional e física; - tipos de serviços e/ou programas; - tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; - política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; - atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas; - indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II - ao serviço de Enfermagem: - fundamentação legal do exercício profissional, (Lei nº 7.498/86; Decreto nº 94.406/87); - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs.

Art. 3º - O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os Elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Serviço, considerou o sistema de classificação de pacientes (SCP), as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º - Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,0 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto-cuidado;
- 4,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 8,5 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 15,4 horas de Enfermagem, por cliente na assistência intensiva (LEIFERT, TEIXEIRA, 1996)

O Hospital o qual foi realizado a pesquisa é de pequeno porte, contendo 31 leitos, sendo assim, necessários quatro enfermeiros para suprir as 24 horas de funcionamento.

Em relação ao total de prontuários no ano de 2010 foram observados que são pouquíssimos atendimentos registrados pelos enfermeiros.

De 2.065 (100%) prontuários no ano de 2010, 131 (6,34%) foram registrados pelos enfermeiros.

Possari (2007) identificou que os profissionais de enfermagem limitam-se a anotar no prontuário do paciente os cuidados que se referem ao cumprimento das prescrições médicas, enquanto as anotações dos cuidados de enfermagem estão quase sempre ausentes.

A hipótese da falta da operacionalização dos registros com a SAE é: falta de tempo, desvalorização, falta de fundamentação científica, excesso de apego às rotinas e indefinição do papel do enfermeiro.

O registro do enfermeiro tem sua importância porque facilita e valoriza a assistência prestada ao paciente, e, além de tudo é uma fonte documental de defesa ao profissional e ao serviço realizado quando bem registrado.

Ao sugerir medidas para uma documentação efetiva na enfermagem, Martin (1994, p. 63), Daniel (1981, p. 92 *apud* MATSUDA, et. al, 2006) respectivamente enunciam: “[...] pouca documentação sugere má prática na enfermagem[...]”, “[...] Informação não registrada é informação perdida”.

Do ponto de vista gerencial/administrativo, outra área inerente à atuação do enfermeiro, os registros de enfermagem completos consistem em um dos mais importantes indicadores de qualidade (MATSUDA et al, 2002).

Nesse âmbito, com o propósito de planejar, executar e avaliar continuamente a atuação da sua equipe e do cuidado por ela prestada, o gerente ou líder deve pautar a sua atuação em dados e fatos que, na maioria

das vezes, são extraídos dos registros no prontuário do cliente (MATSUDA; et al, 2006).

No cotidiano hospitalar, observa-se que carecem as anotações dos enfermeiros, e mesmo visto que é de grande valiosidade estes registros, os enfermeiros não estão se dando conta disso, deixando quem sabe, a falta de tempo, excesso de apego às rotinas tomarem conta da sua atribuição enquanto profissão.

4.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro, para prestar a assistência de enfermagem com qualidade, necessita inserir-se na realidade concreta de forma competente, técnica e científica. Dessa forma, a implantação da SAE constitui-se um instrumento de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura e competente (BACKES; ESPERANÇA, 2005).

Os enfermeiros que trabalham nas emergências devem possuir um amplo conhecimento das várias situações de saúde do seu paciente e domínio do processo de trabalho, devendo ter conhecimento científico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Segundo Ribeiro; Silva (2010) a resolução do COFEN estabelece a implementação da SAE em todos os estabelecimentos de atenção à saúde, públicos e privados, são eles:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)

– processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem

que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

A avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente/paciente (REPPETTO, SOUZA, 2005).

Conforme Kletemberg, et al., (2010 *apud* NUNES 2010), a SAE está presente no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, seja para a criação, implementação ou realização. Deste modo a prática tem ligação harmônica com a Lei do Exercício Profissional 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências (BRASIL, 1986).

Desta forma através de nossa pesquisa surgiram seis informações referente a SAE: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, planos de cuidados, intervenção de enfermagem e avaliação de enfermagem.

Tabela 04 - Sistematização da Assistência de Enfermagem 2010

Sistematização da Assistência de Enfermagem	Sim	Não	Parcial
Histórico de Enfermagem	29 (22,15%)	38 (29%)	64(48,85%)
Exame Físico	20 (15,27%)	73 (55,73%)	38 (29%)
Diagnostico de Enfermagem	-	131 (100%)	-
Planos de Cuidados	10 (7,63%)	121 (92,37%)	-
Intervenções de Enfermagem	10 (7,63%)	121 (92,37%)	-
Avaliação de Enfermagem	-	131 (100%)	-

Fonte: Dados do Pesquisador, 2011

De acordo com as observações, 22,15% (29 prontuários) são registrados os históricos dos pacientes, 29% (38 prontuários) não são registrados e 48,85% (64 prontuários) são registrados parcialmente. Destes

prontuários que são registrados parcialmente o enfermeiro apenas relata a queixa principal do paciente.

O histórico de enfermagem é a primeira etapa do processo de enfermagem e acontece quando se realiza a anamnese e o exame físico com o objetivo de coletar informações necessárias para se ter uma visão clara da situação de saúde do paciente (ALFARO-LEFEVRE, 2005 *apud* NUNES, 2010).

Em relação ao exame físico, de 131 prontuários registrados, 20 (15,27%) é realizado o exame físico, 73 (55,73%) não possuem exame físico registrado e 38 (29%) é realizado de forma parcial, ou seja, apenas sinais vitais.

Para realizar o exame físico é necessário utilizar as técnicas de Inspeção, Palpação, Percussão e Ausculta. Para desempenhar estas técnicas, o enfermeiro deve utilizar seus sentidos de visão, tato, audição e olfato (BARROS et al, 2002; JARVIS; 2002 *apud* NUNES, 2010).

A inspeção exige o emprego do olfato e da visão devendo essa ser panorâmica e centrada para investigar as partes mais acessíveis do corpo (BARROS et al, 2002; JARVIS; 2002 *apud* NUNES 2010).

A palpação permite a aquisição da informação através do tato e da pressão. O sentido do tato leva à obtenção dos dados da parte mais superficial do corpo, e a pressão permite a obtenção das impressões de regiões mais profundas do corpo. Com esta técnica pode-se avaliar os fatores textura, temperatura, umidade, localização e tamanho dos órgãos, detecta aumento de volume, vibração ou pulsação, rigidez, crepitação, existência de nódulos ou massas e presença de dor ou hipersensibilidade à palpação (BARROS et al, , 2002; JARVIS; 2002 *apud* NUNES 2010).

A percussão baseia-se nas vibrações originadas de pequenos golpes realizados em determinada superfície do organismo. As vibrações têm características próprias quanto à intensidade, tonalidade e timbre, de acordo com a estrutura anatômica percutida. Pode ser direta (imediate) onde a mão que golpeia entra em contato direto com a parede do corpo, ou indireta (mediata) onde a mão que golpeia entra em contato com a outra mão, que fica parada sobre a pele do paciente, produzindo um som e uma vibração sutil (BARROS et al, 2002; JARVIS; 2002 *apud* NUNES 2010).

A ausculta é um procedimento que utiliza o estetoscópio e obtêm ruídos considerados normais ou patológicos no exame de órgãos como o

coração, os pulmões e o intestino (BARROS et al, 2002; JARVIS; 2002 *apud* NUNES 2010).

Segundo Pedro; Severo (2004) o exame físico é o traço de união entre a arte e a ciência de enfermagem, é através dele que acontece a fusão entre estes dois componentes da profissão.

Para Potter (2002 *apud* PEDRO, SEVERO, 2004, p. 7) refere que “a avaliação de saúde e o exame físico são duas atividades utilizadas pela enfermeira em diversas situações clínicas e, requer o uso bem sucedido do conhecimento e habilidades empregados na avaliação e no exame exigindo critico.”

Para conhecer as condições do cliente (avaliação), detectar suas necessidades (diagnóstico) e prescrever a assistência de enfermagem (intervenção), é necessário que o enfermeiro, além de se basear na observação sistematizada, examine o paciente de maneira completa, utilizando seus conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, patologia clínica, psicologia, enfermagem, propedêutica e de exames complementares (ECG, radiológico, laboratorial, etc.) com finalidade de estabelecer intervenções coerentes com um diagnóstico adequadamente declarado (SOUSA; BARROS, 1998).

Contudo, o exame físico é de extrema relevância na avaliação do paciente e na definição do diagnóstico de enfermagem, fornecendo subsídios para um planejamento da assistência de acordo com as necessidades e anormalidades encontradas.

De acordo com as observações em relação ao Diagnostico de enfermagem foi visto que não foi realizado em nenhum prontuário.

Gordon (1994 *apud* LOPES et. al, 1999) refere sobre a definição de Diagnóstico que engloba não só uma parte conceitual, como também uma parte estrutural que compreende três componentes: o problema de saúde, os fatores etiológicos ou relacionados, e as características definidoras ou grupo de sinais e sintomas.

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam à enfermagem uma estrutura para a organização de sua ciência. É, no entanto, responsabilidade individual de cada enfermeira a aplicação do diagnóstico de enfermagem com cautela e cuidado (VAZ et al., 2002).

Para Alfaro-Lefevre, (2005, COFEN, 2009 *apud* NUNES, 2010), O Diagnóstico de Enfermagem é uma etapa privativa da enfermeira e consiste na identificação de problemas, fatores de risco, complicações e de pontos fortes dos dados coletados na anamnese e no exame físico. Compreende a identificação de problemas, identificação de fatores de risco, previsão de problemas potenciais e identificação de recursos.

Em relação aos planejamentos dos cuidados foram vistos que 92,37% (121 prontuários) não é registrado o plano de cuidado do paciente, e em apenas 10 prontuários (7,63%) é registrado.

Inúmeras vantagens têm sido levantadas ao se aplicar o plano de cuidados na prática profissional, não só do ponto de vista do enfermeiro, mas principalmente do paciente, por tornar a assistência de enfermagem personalizada, eficiente e eficaz.

O plano de cuidados é como um guia norteador da assistência de enfermagem que facilita a prestação do cuidado, preconizando sua execução e ainda, economiza tempo e possibilita uma assistência de qualidade com segurança.

Para Alfaro-Lefreve (2005, *apud* NUNES, 2010) o Planejamento de Enfermagem é a fase em que estabelece prioridades, determinam-se resultados esperados e as intervenções de Enfermagem e se realiza o registro do plano, assegurando-se que este seja registrado adequadamente.

Esta fase consiste em executar o plano de cuidados, preparar-se para comunicar e receber comunicações, estabelecer as prioridades diárias, investigar e reinvestigar, realizar as intervenções e fazer as mudanças necessárias, registrandoas (NUNES, 2010).

E em se tratando de Intervenção de enfermagem foi observado que dos 10 prontuários dos quais tinham os planos de cuidados, foram também acrescentadas as intervenções de enfermagem, mas 92,37% (121 prontuários) não são registradas as intervenções.

Segundo Gerk, Barros (2005), a determinação das intervenções de enfermagem constitui uma das etapas da terceira fase do processo de enfermagem, ou seja, o planejamento da assistência. Assim como ocorre com os diagnósticos de enfermagem e a variada terminologia utilizada para expressá-los, há diversas nomenclaturas empregadas para descrever as

condutas das enfermeiras na prática assistencial. Tanto no Brasil quanto internacionalmente, *prescrições, ações, intervenções, atividades, condutas e tratamentos* de enfermagem têm sido utilizados como termos possuidores de um mesmo significado.

E por fim, foi analisado se ocorriam avaliações de enfermagem registradas nos prontuários, e observou-se que não há nenhum registro destas avaliações.

Com relação à avaliação de enfermagem, Alfavro-Lefreve (2005 *apud* NUNES, 2010) é a última etapa do PE e consiste na avaliação detalhada e registro dos vários aspectos do cuidado ao paciente, sendo a chave para excelência no cuidado oferecido. Necessita-se realizar uma investigação para determinar se há mudanças no estado de saúde e para certificar-se de que todos os dados são exatos e completos, determinar se os diagnósticos e os problemas que exigem cuidado de enfermagem estão resolvidos ou melhoraram a ponto de ocorrer a alta do paciente, analisar se há novos problemas, verificar se os resultados e as intervenções são adequados, se os resultados estão sendo alcançados, examinar como o plano foi implementado e identificar os fatores que afetaram o sucesso ou criaram problemas durante o tratamento do paciente.

De acordo com as buscas aos prontuários e observações realizadas foi visto que os enfermeiros não realizam a SAE completamente, sendo que em sua maioria apenas é relatada a queixa principal do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo deu-se, a princípio, pelo interesse em avaliar os registros dos enfermeiros nos prontuários de pacientes atendidos na unidade emergência.

Para que fossem avaliados estes registros, foi necessário realizar uma busca em todos os prontuários do ano de 2010 em um pronto atendimento de um Hospital do Sul de Santa Catarina.

Esta pesquisa foi de extrema importância, pois sabemos que o enfermeiro, para prestar a assistência de enfermagem com qualidade, necessita inserir-se na realidade concreta de forma competente, técnica e científica.

Dessa forma, a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), a partir de um conhecimento específico e de uma reflexão crítica acerca da organização do trabalho, constitui-se um instrumento fundamental para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de uma forma segura e competente.

Para tanto, estabeleceu-se uma trajetória metodológica que veio a orientar a operacionalização desta proposta e no alcance dos objetivos. Neste sentido, foi necessário utilizar uma abordagem quantitativa com pesquisa descritiva o qual envolveu o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados realizada através de observações, e documental, pois identificou dados a partir de registros efetuados por enfermeiros em prontuários de pacientes atendidos na emergência.

De acordo com essas avaliações foi identificado que os enfermeiros pouco registram nos prontuários, e como alguns autores revelam, pouca documentação sugere má prática na enfermagem”, e “Informação não registrada é informação perdida”.

Na enfermagem, para que seu processo de trabalho se realize com qualidade, é necessária a utilização de uma metodologia que auxilie o enfermeiro a se organizar e possibilitar uma assistência de forma

individualizada, gerando benefícios tanto para os pacientes quanto aos profissionais e a Instituição.

O enfermeiro na unidade de emergência vai obter a história do paciente, fazer exame físico, realizar tratamento através do diagnóstico, aconselhamento e orientando os pacientes para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro também é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

A preocupação por um registro de enfermagem com qualidade, com clareza, com método científico nos motiva a batalhar por registros de enfermagem com mais consistência em termos de conteúdo, forma, entendimento, entre outras características.

O enfermeiro da unidade de emergência apesar de trabalhar contra o tempo ele necessita de uma observação crítica e ágil e a utilização da SAE pode direcionar suas ações qualificando sua assistência embasada na cientificidade.

As hipóteses deste estudo sobre a SAE foram confirmadas e por alguns motivos os enfermeiros não realizam esta assistência. Talvez, a falta de tempo, falta de fundamentação científica, excesso de apego às rotinas e indefinição do papel do enfermeiro.

Os enfermeiros, portanto, precisam aperfeiçoar sua atuação, repensando sua prática, enquanto instrumento responsável pelos cuidados imediatos nos atendimentos da emergência.

Por fim, este estudo deve servir de estímulo para muitas pesquisas sobre a grande importância de uma assistência de enfermagem adequada e também contribuir para fomentar o processo de educação no que diz respeito aos registros dos enfermeiros, tanto nos aspectos legais quanto na continuidade dos serviços pela equipe de trabalho. E também para que os profissionais estejam cientes de que os registros podem acabar se tornando uma ferramenta contra ou a favor do profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, JS; VIEIRA, MJ. **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização.** Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):261-5.

BACKES, Dirce Stein; ESPERANÇA, Marilene Pereira; AMARO, Arnaldo Madruga; CAMPOS, Iva Ema Fonseca; CUNHA, Andrea D' Oliveira da; SCHWARTZ, Eda. **Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico.** Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005,

BESSA, Marina do Nascimento; AMORIM, Wellington Mendonça de. **Aspectos da formação Profissional na escola de enfermagem Alfredo Pinto (1943-1949).** Esc. Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.1, pp. 64-74. ISSN 1414-8145.

BENVENISTE, Emile. **Problemas de Linguística geral II.** Campinas: Pontes, 1989.

BEZERRA, Adriana Bueno; MOURA, Juliana Vieira; FALEIRO, Lélia Jordelina; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o enfermeiro no serviço de emergência: um estudo bibliográfico.** Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2007 jan-jul 1(1) 1-16. Acesso em: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

Conselho Regional de Enfermagem do RJ. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>> . Acesso em: 17 de novembro de 2008.

DORNELES, Roberta Machado Pereira. **Modulo: Gestão Interna no Serviço de Saúde.** 2009.
<http://www.unianhanguera.edu.br/storage/web_aesa/portal_institucional/bibliotecas/biblioteca_virtual/publicacoes/Uniderp%2058.pdf> Acesso em 10/032011

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Fundamentos, Conceitos, Situações e exercícios.** São Caetano do Sul, São Paulo: Editora Difusão, 2003.

FRIEDLANDER, MR. **O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã.** São Paulo:Rev Esc Enf USP.

GERK, Maria Auxiliadora de Souza; BARROS, Sonia Maria Oliveira de, **Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher.** Acta Paul Enferm. 2005;18(3):260-8

LEOPARDI, Maria Tereza; et al. **Processo de Trabalho em Enfermagem.** Florianópolis: ESPENSUL, 1998.

LIMA, Luciano Ramos; STIVAL, Marina Morato; LIMA, Luciene Ramos; OLIVEIRA, Cleydson Rodrigues; CHIANCA, Tânia Couto Machado. **Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):349-57. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm> Acesso em 10/032011

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem.** 1. ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. v. 1000. 393 p.

LEIFERT, Ruth Miranda de C; COREN-SP, TEIXEIRA, Gilberto Linhares COREN-RJ. **Resolução nº 186/96.** Rio de Janeiro, 25 de março de 1996.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Thelma Leite de; RODRIGUES, Dafne Paiva. **A relação entre os modos adaptativos de ROY e a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 1999, vol.7, n.4, pp. 97-104. ISSN 0104-1169.

MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima; NETO, Raymundo Soares de Azevedo. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico** / Editores; colaboradores Antonio Carlos Onofre Lira . – São Paulo : H. de F. Marin, 2003. 213p. ; 25cm.

MACHADO, Marcos Tadeu. **Tecnologias na Identificação de Pacientes.** *Diretor da Aбраidi e presidente da Biomédica.* 2003.

MATSUDA LM; SILVA, DMP; ÉVORA, YDM; COIMBRA, JAH. **Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):415-21. Available from:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 15ª ed., Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994, 80p.

NUNES, Josi Barreto. **Produção Do Conhecimento Sobre O Ensino Do Exame Físico Na Enfermagem: Uma Revisão Integrativa.** Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, 2010.

GUIMARES, Eliane Marina Palhares; SPAGNOL Aparecida; FERREIRA, Carla Eliane; ELLER SALVIANO, MÁRCIA. **Utilização Do Plano De Cuidados Como Estratégia De Sistematização Da Assistência De Enfermagem.** *Cienc. enferm.* [online]. 2002, vol.8, n.2, pp. 49-58. ISSN 0717-9553.

PASINI, D. et al. **Diagnósticos de enfermagem de p a c i e n t e s internados em unidades de terapia intensiva (UTI).** Rev. E s c . Enf. U S P , v.30 ,n.3, p.501-18, dez. 1996.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 492-499.

PEDRO, Eva Néri Rubim; SEVERO, Carolina Lopes. **Construindo o aprender enfermagem: Exame físico e anamnese a partir de imagens Ana Luisa Petersen Cogo**. Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1115/000505938.pdf?sequence=1>> Acesso em 10/032011

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Ítátria, 2007. 246p.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf> Acesso em 10/032011

RIBEIRO, Ednardo Gonçalves; SILVA, Francisco de Assis Batista. **Elaboração e Validação de Instrumento para Coleta de Dados de Pacientes Politraumatizados no Serviço de Emergência Atendidos em um Hospital Público Do Df**. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, 2010.

REPPETTO, Maria ângela; SOUZA, Mariana Fernandes. **Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário**. *Rev Bras Enferm* 2005 maio-jun; 58(3):325-9.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social - métodos e técnicas**. SP: Atlas, 1999.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de Pesquisa Científica**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SILVA, Candida Custódio; GELBCKE, Francine Lima; MEIRELLES Betina Horner Schlindwein; ARRUDA, Cecília; GOULART, Suelen; SOUZA, Ana Isabel Jatobá de. **O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos**. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):174-81. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a03.htm>> Acesso em 10/032011

SILVA, Marise Borba de; GRIGOLO, Tânia Maris. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II**. Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.

SOUSA, Valmi Delfino de; BARROS, Alba Lucia Botura Leite de. **O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 1998, vol.6, n.3, pp. 11-22. ISSN 0104-1169.

SCHWALM, Mágada Tessmann. **Registros De Enfermagem: Situação De Um Hospital Do Sul Do Brasil**. *R. pesq.: cuid. fundam.* online 2011. jan/mar. 3(1):1638-48.

VAZ, Ana Francisca et al. **Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.3, pp. 288-297. ISSN 0104-1169.

VIANA, Ana Luiza D Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa da Saúde da Família.** *PHY SIS: Rev Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 8(2), 11-48, 1998.

APÊNDICES

**APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA
MONOGRAFIA**

Ilm^o sr.

**COORDENADOR DO HOSPITAL SÃO ROQUE
JACINTO MACHADO - SC**

Criciúma/SC, Junho 2011

Cumprimentando-o cordialmente, vimos solicitar a autorização para desenvolvimento da Monografia do curso de Pós-Graduação de Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC da Enfermeira Danielle Just Goulart (Fone: 99753005), sob a orientação da professora Luciana Rosa fone (48) 99543730. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

O trabalho propõe-se Avaliação do Registro do Enfermeiro no Prontuário de pacientes atendidos na Emergência do Hospital São Roque de Jacinto Machado – SC.

Certos de contar com Vossa atenção subscrevemo-nos.

Atenciosamente

**DANIELLE JUST GOULART
ENFERMEIRA COREN SC 249076**

ANEXOS

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DO PARTICIPANTE****UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC****Fone: 48 – 3431 2500 Fax: 48 34312527****Termo de consentimento livre e esclarecido do participante**

Estamos realizando um projeto para a Conclusão do Curso de Especialização Assistência de Enfermagem em Urgências e Emergências intitulado: **Avaliação do Registro do Enfermeiro no Prontuário de pacientes atendidos na Emergência do Hospital São Roque de Jacinto Machado**. O (a) Sr. (a) foi plenamente esclarecido de que este projeto estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo geral, Avaliar os Registros dos Enfermeiros no Prontuário de pacientes atendidos na Emergência do Hospital São Roque de Jacinto Machado. Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participação neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação da pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. A coleta de dados será prestada pela Enfermeira **Danielle Just Goulart**, fone: (048) 99753005 do Curso de Pós-graduação de Assistência de enfermagem a Urgência e Emergência e orientado pela professora Luciana Rosa fone (48) 99543730. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) _____ de _____ de 2011.

Participante