

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EMBASADAS NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

EVALUATION OF THE NURSING NOTATIONS BASED ON NURSING PROCESS

EVALUACION DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA CON BASE EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Kattia Ochoa-Vigo *
Ana Emilia Pace**
Lídia Aparecida Rossi***
Miyeko Hayashida****

Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(4): 390-8.

RESUMO

Estudo retrospectivo no qual foram analisadas as anotações de enfermagem em uma Unidade Especializada que desenvolve o cuidado ao paciente embasado no Processo de Enfermagem. Os dados foram coletados em dois prontuários, utilizando-se instrumento construído para esta finalidade. Na análise, considerou-se, aspectos que avaliaram aparência e conteúdo dos registros. Nos resultados, o auxiliar de enfermagem destacou-se pelo maior número de anotações extensas e pouco específicas, já nos registros realizados pelo enfermeiro observou-se maior número de anotações legíveis e objetivas. Por expressar o trabalho da Enfermagem, maiores investimentos devem ser feitos para tornar as anotações de enfermagem mais objetivas e completas

PALAVRAS-CHAVE: Registros de enfermagem. Processos de enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

This is a retrospective study that analyzed the nursing notations in a Specialized Unit which develops the care to the patient based on Nursing Process. The data were collected through two promptuaries utilizing instrument constructed for this purpose. Aspects which evaluate appearance and content were considered in the analysis. The nursing assistant was distinguished in the results considering the bigger number of extensive and not very specific notations, and in the registrations achieved by the nurse, it was observed a bigger number of legible and objective notations. By expressing the Nursing work, greater investments must be made to become more objective and full the nursing notations.

KEYWORDS: Nursing records. Nursing process. Nursing.

RESUMEN

Estudio retrospectivo en el cual fueron analizadas las anotaciones de enfermería en una Unidad Especializada que desarrolla el cuidado al paciente basado en el Proceso de Enfermería. Los datos fueron colectados en dos historias clínicas utilizando instrumento construído para esta finalidad. En el análisis fueron considerados aspectos que evaluaron la apariencia y el contenido de los registros. En los resultados el auxiliar de enfermería se destacó por el mayor número de anotaciones características extensas y poco específicas. En los registros realizados por el enfermero se observó mayor número de anotaciones legibles y objetivas. Por expresar el trabajo de Enfermería, mayores inversiones deben ser realizadas para tornar las anotaciones de enfermería más completas y objetivas.

PALABRAS-CLAVE: Registros de enfermería. Procesos de enfermería. Enfermería.

- * Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda do Programa de Interunidades das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Bolsista da FAPESP - kovpe@bol.com.br
- ** Enfermeira, Prof^a. Dr^a. junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - aeferraz@eerp.usp.br
- *** Enfermeira, Professora Associada ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- **** Enfermeira, Dr^a em Enfermagem Fundamental. Especialista em Laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) desenvolveu-se inicialmente nos Estados Unidos da América do Norte na década de 60. Ele é definido como um método por meio do qual aplica-se toda uma estrutura teórica à prática de enfermagem, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais direcionadas à satisfação das necessidades do sistema doente/família⁽¹⁾. Está composto de cinco fases (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem) inter-relacionadas entre si desde meados da década de 70. Tendo sido legitimado como marco teórico da prática de enfermagem, que aos poucos foi se difundindo mundialmente e incorporado-se à estrutura da maioria dos currículos de enfermagem.

Desse modo, o PE foi introduzido no Brasil em 1979, por meio da proposta da "Teoria das Necessidades Humanas Básicas" que incluía seis fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem⁽²⁾. Este método de assistência oferece muitas vantagens, além do atendimento individualizado; permite também que o enfermeiro se aproxime do cliente participando mais de sua realidade e favorecendo o relacionamento entre o agente doador e o agente receptor do cuidado de enfermagem⁽³⁾.

No decorrer da evolução da enfermagem, o método assistencial teve como finalidade validar a prática de Enfermagem e dar à sociedade uma definição que fomentasse a autonomia da profissão em relação aos outros profissionais de saúde⁽³⁻⁴⁾ frente às mudanças efetivadas no contexto sociocultural e econômico geradas pelo desenvolvimento científico e tecnológico dos países, principalmente, nos de primeiro mundo, os quais deram origem à assistência integral e humanizada ao paciente, considerando seus aspectos bio-psico-social.

Para viabilizar esta proposta de assistência é necessário que ela esteja baseada em princípios científicos com ações planejadas a partir de um levantamento e análise de dados que nos conduza a uma posterior avaliação de seus resultados. Isto significa que a utilização do PE se faz essencial para a profissão, permitindo que a verdadeira postura profissional do enfermeiro seja assumida e refletida em suas ações⁽⁵⁾. Neste contexto, destaca-se a necessidade de documentar o PE no prontuário por meio do registro de suas fases, basicamente constituídas pelo histórico, diagnóstico planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem, as quais são interdependentes umas das outras.

A documentação da assistência ao paciente permite o acompanhamento das condições de saúde do mesmo, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Portanto, deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão.

É de responsabilidade da equipe médica estabelecer o diagnóstico da doença, prescrever o tratamento terapêutico e acompanhar a evolução da doença. Aos enfermeiros compete a assistência geral ao paciente, elaborando o planejamento da assistência, com base nos diagnósticos de enfermagem real e de risco, a garantia da execução de suas prescrições e as de outros profissionais, a observação das respostas do paciente frente à doença e aos cuidados oferecidos, bem como a supervisão das atividades desenvolvidas pelos elementos de sua equipe.

A existência de um adequado entrosamento entre a equipe de enfermagem e o corpo clínico envolvido com o paciente é fundamental. Perante isso, se faz necessário manter uma comunicação objetiva, específica e contínua de todas as circunstâncias que se relacionem com as atitudes e as reações do paciente para garantir a manutenção desse elo.

Neste sentido, as anotações de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação do processo de saúde/doença, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha todo esse decorrer de forma mais integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações. Porém, estudos realizados a partir das anotações de enfermagem, nem sempre mostram resultados satisfatórios em relação à qualidade da assistência oferecida ao paciente. Relatam que as anotações expressam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos^(4,6-11)

Considerando a contribuição do PE no desenvolvimento do conhecimento da enfermagem e fortalecimento da profissão, desenvolveu-se o presente estudo na perspectiva de analisar as anotações de enfermagem realizadas em uma unidade hospitalar que utiliza como referencial teórico a proposta de Horta (2).

A definição de anotações de enfermagem foi feita de acordo com as considerações de algumas autoras brasileiras⁽¹²⁻¹⁵⁾. Portanto, para este estudo foram consideradas todas as informações relatadas pelo paciente, além das observações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos sinais e sintomas, que conduzam a alternativas para solucionar os problemas identificados, direcionar o planejamento das intervenções de enfermagem e, posteriormente, avaliar os resultados. Esses registros devem conter informações descritivas, completas, claras e objetivas.

OBJETIVO

Analisar as anotações de enfermagem, realizadas pela equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar, segundo aparência e conteúdo, a partir dos pressupostos de Iyer et al.⁽¹⁾

REFERENCIAL TEÓRICO

Considerou-se para analisar as anotações de enfermagem os pressupostos apresentados na literatura ⁽¹⁾, que sugerem linhas gerais que descrevem aspectos fundamentais relacionados com a aparência e o conteúdo das anotações de enfermagem, enumerados a seguir:

1. devem ser feitas de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal. A informação subjetiva fornecida pelo cliente, sua família ou outros membros da equipe da saúde deve ser incluída, utilizando aspas para esse tipo de informação;
2. devem conter descrições/interpretações de dados objetivos apoiados em observações específicas;
3. devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos como "bom", "regular", "comum", "normal". Tais descrições tornam-se abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor;
4. devem conter dados descritos de modo mais completo possível, o que inclui a definição de características como tamanho e forma, especificando os dados de forma concreta e objetiva;
5. devem ser documentadas de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas, frases longas e vagas;
6. devem ser escritas de modo legível, com tinta indelével. Os erros na documentação devem ser corrigidos de modo a não ocultar o registro inicial. O método mais comumente utilizado envolve o desenho de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de "registro incorreto", e a efetivação do registro. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas para obliterar o registro não é aceito;
7. devem ser escritas gramatical e foneticamente corretos. O enfermeiro deve incorporar somente aquelas abreviações aprovadas para uso no local de trabalho específico. Termos de gíria, clichês e rótulos devem ser evitados, a não ser no contexto de uma citação direta.

Outros autores acrescentam ainda que, durante a assistência ao paciente, são feitas anotações no prontuário descrevendo a sua evolução e ressaltam que não se deve deixar espaços em branco em uma anotação, pois nesse espaço qualquer pessoa poderia acrescentar anotações incorretas; o profissional de Enfermagem não deve confiar na memória ao registrar a informação e os acontecimentos ocorridos com o paciente, devendo anotar-se os mesmos imediatamente; se o enfermeiro questiona uma prescrição, ele deverá anotar o fato e sempre deverá fazê-lo pessoalmente e nunca por outra pessoa⁽¹⁶⁾.

METODOLOGIA

Este trabalho constituiu parte do estudo piloto que visou analisar as anotações de enfermagem de uma

unidade hospitalar, no contexto da utilização do PE em três períodos distintos quanto às fases de sua implementação: de 1982 a 1986, período inicial de funcionamento da unidade; de 1987 a 1990, período de pré implementação do PE com três fases — histórico, prescrição e evolução de enfermagem e, de 1991 a 1993, período de implementação propriamente dito do PE com cinco fases - coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. Porém, neste estudo, somente foram considerados os dados que correspondem ao último período de implementação do PE.

Trata-se de um estudo retrospectivo das anotações realizadas pela equipe de enfermagem no prontuário de pacientes internados em uma Unidade Especializada de um hospital escola do interior paulista, que entre os anos de 1991 a 1993 implementou o PE fundamentado no referencial de Horta ⁽²⁾ com a finalidade de melhorar o cuidado individualizado e desenvolver assistência com qualidade. Estudo anterior, relata que durante esses anos pode-se observar nos registros feitos pela Enfermagem o desenvolvimento das fases do PE mesmo que com algumas dificuldades ⁽¹⁷⁾

Selecionou-se dois prontuários do ano de 1992, mediante os seguintes critérios: faixa etária dos pacientes entre 30 e 40 anos, queimadura de terceiro grau e área atingida entre 15 e 25 % da superfície corpórea. Ambos os pacientes permaneceram internados em média 60,5 dias.

Os dados foram obtidos do "Relatório Evolução Enfermagem" (das observações da equipe de enfermagem e das evoluções do enfermeiro), considerando todo o período de internação do paciente. Algumas vezes foram consultadas as prescrições do enfermeiro e a "Ficha RTP PA" (respiração, temperatura, pulso e pressão arterial), especialmente quando era preciso corroborar ou esclarecer alguma dúvida.

Para analisar os dados considerou-se que cada anotação de enfermagem continha mais de um conteúdo, o que dependia dos vários enfoques incluídos no registro ao observar as condições do paciente como um todo.

O instrumento para coletar os dados (anexo) foi previamente avaliado por cinco professores especialistas na área e testado por duas das pesquisadoras em uma unidade de clínica médica do mesmo hospital para validar sua coerência interna e externa. As anotações foram transcritas integralmente do prontuário para o instrumento, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital por uma das pesquisadoras do estudo.

As anotações foram categorizadas em *Total (T)*, *Parcial (P)* e *Inadequado (I)* para cada item que compõe o instrumento: *letra legível e clara, erros corrigidos sem ocultar o original, siglas aprovadas pelo local, escrita objetiva, anotação completa incluindo descrição de características e descreve informações*

subjetivas entre aspas. Categorizou-se como *T*, quando satisfaz integralmente o item enunciado e não apresentou falha ou dúvida para a compreensão do conteúdo, como *P* quando satisfaz parcialmente o item enunciado ou teve uma falha ou dúvida para compreender o conteúdo, e como *I* quando não satisfaz o item enunciado ou teve duas ou mais falhas ou dúvidas, que dificultaram a compreensão do conteúdo.

Os itens *letra legível e clara, erros corrigidos sem ocultar o original e siglas aprovadas pelo local* avaliaram a aparência das anotações, tendo em vista que os mesmos não estão considerando a própria descrição do estado do paciente ou o desenvolvimento de algum procedimento executado, pelo contrário, podem facilitar ou dificultar a compreensão do conteúdo da informação. Entretanto, os itens *escrita objetiva, anotação completa incluindo descrição de características e descreve informações subjetivas entre aspas*, avaliaram o conteúdo propriamente dito, por considerarem a descrição objetiva, seqüencial e completa dos fatos relacionados com o paciente na sua complexidade bio-psico-social.

As categorias da equipe de enfermagem foram identificadas pela assinatura e indicação da função, sendo excluídas as anotações que não tinham identificação e/ou assinaturas legíveis.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital antes de sua execução, tendo sido registrado com o Processo HCRP nº1200/99.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período em que foram analisadas as anotações de enfermagem, a unidade de estudo contava com 10 leitos e o pessoal da equipe de enfermagem estava escalado na forma como se descreve a seguir. O plantão da manhã era composto por dois enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem e um atendente de enfermagem; o plantão da tarde por um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um atendente de enfermagem e o plantão noturno por um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem.

Neste período, a equipe de enfermagem contava com o pessoal atendente, que sem formação técnica específica regulada por lei, desempenhava funções elementares de enfermagem. Esta categoria ocupacional foi excluída na Lei nº7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem⁽¹⁸⁾, que estabeleceu que a profissão de Enfermagem e suas atividades auxiliares unicamente podiam ser executadas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas nos Conselhos Regionais de suas respectivas jurisdições, cabendo aos atendentes de enfermagem regularizarem sua situação ocupacional em um prazo de dez anos. Porém, esta exigência teve confrontos

com as condições sócio-culturais destes trabalhadores e com os interesses de seus empregadores, principalmente nos serviços privados de saúde⁽¹⁹⁾.

Desse modo, a Lei nº8.967/94, de 28 de dezembro de 1994⁽²⁰⁾ legitima o desempenho das funções dos atendentes de enfermagem admitidos antes da vigência dessa lei. Situação que também fora considerada pelo Ministério do Trabalho por meio da Secretaria de Políticas de Emprego e Salário perante a reformulação da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO-94⁽²¹⁾ que assegura a este grupo de pessoas continuar realizando cuidados simples de enfermagem a pacientes hospitalizados, sempre sob orientação e supervisão do enfermeiro, na perspectiva de colaborar com o restabelecimento da saúde. No entanto, cabe aos Conselhos Federais de Enfermagem a responsabilidade de buscar mecanismos, nas diversas esferas do governo, para efetivar a formação técnica específica de todos os atendentes de enfermagem, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem oferecida aos pacientes.

Desta maneira, justifica-se a presença, ainda que reduzida, dos atendentes de enfermagem na unidade de estudo, que nem sempre estavam disponíveis nos plantões referidos. Os mesmos estavam direcionados a executar tarefas simples de enfermagem que não requeriam conhecimento científico, embasadas em habilidades manuais e restringidas a situações de rotina e repetitivas do serviço. Portanto, suas anotações no prontuário poderiam estar compostas de mensagens simples, uniformes e repetitivas, centralizadas no cuidado e conforto dos pacientes, no cuidado de seu meio ambiente e na realização de atividades de rotina, utilizando pequeno número de sinais e descritas em linguagem comum.

Constata-se, então, que o pessoal de Enfermagem da unidade, compunha-se de categorias profissionais e não profissionais, os quais prestavam assistência de enfermagem considerando suas múltiplas funções e responsabilidades. Desse modo, determinou-se que a equipe de enfermagem estava composta por categorias funcionais e não por categorias profissionais.

Foram identificadas 1544 anotações de enfermagem, porém 11 delas foram excluídas por estarem sem identificação da categoria funcional e/ou não tinham assinaturas legíveis. Do total de anotações foram extraídos 3801 conteúdos para a análise, dos quais 1169 (30,7%) foram realizados pelo enfermeiro, 2405 (63,3%) pelo auxiliar de enfermagem e 227 (6,0%) pelo atendente de enfermagem, resultados que diferem dos apresentados em estudos anteriores^(7,8) que mostraram que o maior número de anotações foi realizado pelo atendente de enfermagem. Porém, cabe ressaltar que ambos autores fizeram seus estudos em uma época em que ainda havia um grande contingente de atendentes de enfermagem nos hospitais e que não se tratavam de unidades especializadas.

A seguir, nas Tabelas 1, 2 e 3 são apresentados os resultados obtidos em cada categoria funcional que constitui a equipe de enfermagem, de acordo com as

categorias de análise propostas no estudo para cada item (Total, Parcial e Inadequado) .

Tabela 1 - Distribuição das categorias de análise das anotações do Enfermeiro (n=1169), em uma Unidade Especializada de um hospital escola. Ribeirão Preto, 1992.

Itens de avaliação	Categorias de análise							
	Total		Parcial		Inadequado		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Letra legível e clara	893	76,4	195	16,7	81	6,9	1169	100,0
Erros corrigidos sem ocultar o original	4	0,3	2	0,2	2	0,2	8	0,7
Siglas aprovadas pelo local	481	41,1	65	5,6	16	1,4	562	48,1
Escrita objetiva	703	60,1	406	34,7	60	5,1	1169	100,0
Anotação completa incluindo descrição de características	129	11,0	156	13,3	24	2,1	309	26,4
Descreve informações subjetivas entre aspas	12	1,0	9	0,8	1	0,1	22	1,9

Tabela 2 - Distribuição das categorias de análise dos conteúdos das anotações do Auxiliar de Enfermagem (n=2405), em uma Unidade Especializada de um hospital escola. Ribeirão Preto, 1992.

Itens de avaliação	Categorias de análise							
	Total		Parcial		Inadequado		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Letra legível e clara	477	19,8	1786	74,3	142	5,9	2405	100,0
Erros corrigidos sem ocultar o original	1	0,0	14	0,6	8	0,3	23	1,0
Siglas aprovadas pelo local	663	27,6	139	5,8	45	1,9	847	35,2
Escrita objetiva	1056	43,9	1251	52,0	98	4,1	2405	100,0
Anotação completa incluindo descrição de características	103	4,3	396	16,5	55	2,3	554	23,0
Descreve informações subjetivas entre aspas	6	0,2	10	0,4	1	0,0	17	0,7

Tabela 3 - Distribuição das categorias de análise dos conteúdos das anotações do Atendente de Enfermagem (n=227), em uma Unidade Especializada de um hospital escola. Ribeirão Preto, 1992.

Itens de avaliação	Categorias de análise							
	Total		Parcial		Inadequado		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Letra legível e clara	80	35,2	114	50,2	33	14,5	227	100,0
Erros corrigidos sem ocultar o original	1	0,4	1	0,4	1	0,4	3	1,3
Siglas aprovadas pelo local	72	31,7	34	15,0	10	4,4	116	51,1
Escrita objetiva	105	46,3	95	41,9	27	11,9	227	100,0
Anotação completa incluindo descrição de características	34	15,0	30	13,2	5	2,2	69	30,4
Descreve informações subjetivas entre aspas	1	0,4	2	0,9	1	0,4	4	1,8

No item "letra legível e clara", relacionado com a inteligência da escrita das anotações de enfermagem, observa-se nos registros realizados pelo enfermeiro que 893 (76,4%) conteúdos foram classificados principalmente na categoria *Total*, enquanto que nos auxiliares, apenas 477 (19,8%) conteúdos obtiveram esta categoria. Entretanto, atingiram grandes

percentuais de anotações na categoria *Parcial* (74,3%). No caso dos atendentes de enfermagem, 80 (35,2%) conteúdos de suas anotações classificaram-se na categoria *Total* e 114 (50,2%) na categoria *Parcial*.

Esses resultados demonstram que os enfermeiros possuem maior destreza para executar uma adequada caligrafia em suas anotações que os auxiliares e

atendentes de enfermagem. Destreza que pode ser conseqüência 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 constituem documentos de grande valia para pesquisas, ensino, auditorias, avaliação do cuidado e ainda, questões legais^(1,7,12,16). Neste sentido, salienta-se que constitui direito do paciente o acesso ao prontuário.

Em decorrência dessas múltiplas implicações, deve-se entender e assumir que todo registro efetuado no prontuário do paciente deverá ser escrito com letra adequada, se possível de imprensa, pois sua ilegibilidade conduzirá facilmente a uma má interpretação e conseqüentemente, poderá comprometer a assistência oportuna e adequada do paciente⁽¹⁶⁾.

No item "erros corrigidos sem ocultar o original" que avaliou o modo de como as equipes de enfermagem vêm atuando diante desta situação no dia-a-dia, identifica-se que as três categorias funcionais da equipe de enfermagem apresentaram percentuais muito baixos, fato que pode ser considerado positivo e possivelmente esteja relacionado com o envolvimento do pessoal de enfermagem na assistência planejada ao paciente perante a utilização do PE.

Não se encontrou na literatura revisada, trabalhos que abordassem esse aspecto de forma detalhada. Contudo, alguns autores ressaltam que as rasuras ou alterações nos registros comprometem o valor legal das anotações de enfermagem⁽¹⁾, pela suspeita de tentativa deliberada de ocultar as informações⁽¹⁶⁾. Face à crescente ênfase aos direitos do paciente, o profissional de Enfermagem deve conhecer suas obrigações e responsabilidades legais para com os mesmos, devendo analisar, especialmente, o conteúdo de suas ações profissionais, de modo a não ser envolvido em questões judiciais. Se este fato acontece, deverá responsabilizar-se pela falta no desempenho de suas funções profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe⁽²²⁾.

Quanto ao item "siglas aprovadas pelo local" que analisou a utilização de abreviações ou siglas na área de saúde, verificou-se que a equipe de enfermagem fez uso adequado deste auxílio nos registros, destacando-se a categoria *Total*, sendo que os enfermeiros obtiveram o maior percentual (41,1%), seguido pelos auxiliares (27,6%) e atendentes de enfermagem (31,7%).

Destaca-se, neste item, que a utilização de siglas ou abreviações incorretas dificultam a leitura, podendo comprometer a inteligência da escrita. Portanto, a equipe de enfermagem deve continuar a zelar pelo seu registro adequado, para favorecer o entrosamento de toda a equipe de saúde que interage com o paciente, na procura de melhor assistí-lo no decorrer dos diversos plantões e em todo o processo de internação.

Considerando estes três primeiros itens discutidos até aqui (letra legível e clara, erros corrigidos sem ocultar o original e siglas aprovadas pelo local), as anotações de enfermagem da unidade de estudo foram com freqüência legíveis e compreensíveis. Dados semelhantes foram obtidos por pesquisadores da América do Norte⁽²³⁾ que avaliaram a qualidade das documentações, embora só tenham considerado a legibilidade dos registros e a utilização de siglas. Porém, destaca-se que o contexto hospitalar desse estudo, provavelmente seja muito diferente dos vivenciados nos países em desenvolvimento.

No item "escrita objetiva", o conteúdo foi considerado como tal, quando foi descrita a situação do paciente de forma clara, concisa, específica e completa. Esta última condição referida, adquiriu grande relevância quando se tratava de uma anotação que continha sinais e sintomas detectados no paciente, o qual será mais bem avaliado no item seguinte que trata da "anotação completa incluindo descrição de características".

Neste item, o enfermeiro classificou-se na categoria *Total* com 703 (60,1%) conteúdos, seguido pelo atendente de enfermagem com 105 (46,3%). Por outro lado, o auxiliar de enfermagem destacou-se na categoria *Parcial* com 1251 (52,0%) conteúdos, os quais apresentaram freqüentemente anotações com conteúdos extensos e pouco específicos. Esses resultados podem estar relacionados com o tipo de função que cada um deles desempenha dentro da unidade, cabendo aos auxiliares executar e registrar responsabilidades de média complexidade, ao contrário dos atendentes, que se encarregam das tarefas mais simples de enfermagem.

Para tal, ao avaliar a assistência de enfermagem perante as anotações, é necessário levar em consideração o tipo de pessoal que emitiu a mensagem, cabendo ao enfermeiro, registrar informações objetivas, claras e precisas, derivadas de uma análise discriminativa de acordo com a sua capacidade⁽¹³⁾. Pelos resultados, observa-se que o enfermeiro enquadrou-se nesta perspectiva, embora isto não tenha ocorrido em 100% de seus registros. Classificação que também foi alcançada pelo atendente de enfermagem, de quem se espera mensagens pouco elaboradas e organizadas⁽¹³⁾. Entretanto, destaca-se que de suas anotações, apenas 46,3% atingiram as características descritas como próprias do enfermeiro. Ao contrário, é a categoria funcional que classificou maior número de anotações na condição de Inadequada (11,9%).

O destaque da categoria *Total* entre os atendentes, acredita-se que seja conseqüência do reduzido número desse pessoal na unidade de estudo e decorrente das habilidades inatas dos mesmos, além da influência positiva que pode ter exercido a implantação do PE nesse local, bem como o desempenho e interesse mostrados pelos outros profissionais. Tal fato foi referido por alguns estudos

que avaliaram a utilização do PE em suas unidades e apontaram que houve melhoria relativa nos conteúdos dos registros de enfermagem⁽²⁴⁻²⁶⁾

É necessário que os enfermeiros das unidades de internação revisem periodicamente as anotações feitas por sua equipe, com o propósito de orientar, esclarecer e reforçar o conhecimento dos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, especialmente sobre aspectos que são relevantes para favorecer a qualidade da assistência de enfermagem visando concretizar o crescimento de toda a equipe em geral⁽²⁷⁾. Embora os resultados demonstrem que os registros feitos pelos próprios enfermeiros, ainda não estão totalmente corretos, cabe a eles o compromisso de liderar a equipe de enfermagem para o melhor desempenho de suas funções e documentações, por terem recebido uma formação acadêmica e pelas responsabilidades que a lei lhe confere como profissional.

No item "anotação completa incluindo descrição de características", que considera os sinais e sintomas identificados no paciente ou referidos por ele (por exemplo: descrição completa das características da dor, edema, ferida, secreção, descrição do estado de ansiedade e melancolia, resposta aos tratamentos, dentre outras), observa-se que houve destaque da categoria Parcial entre enfermeiros com 156 (13,3%) conteúdos e auxiliares de enfermagem com 396 (16,5%), sendo que o atendente de enfermagem classificou-se na categoria *Total* com 34 (15,0%) conteúdos. Isto revela que dados importantes identificados no paciente não foram registrados de forma completa, o que pode ter afetado a objetividade e especificidade das mensagens e, conseqüentemente, sua posterior evolução, pois, para efetivar o processo de evolução é fundamental ter parâmetros objetivos de controles obtidos por meio de observações sistematizadas iniciais.

Desperta a atenção, o fato dos atendentes de enfermagem terem obtido maior número de anotações na categoria *Total*, demonstrando que suas observações foram mais minuciosas. Entretanto, ressalta-se que os sinais e sintomas descritos por esses funcionários centravam-se nas características da temperatura, da urina e dos curativos.

Do total de conteúdos analisados para cada membro da equipe de enfermagem (1169 dos enfermeiros, 2405 dos auxiliares de enfermagem e 227 dos atendentes de enfermagem), mais de 25% continham descrição de sinais e sintomas, sendo que os atendentes de enfermagem incluíram 30,4% de suas anotações neste item de avaliação. Isso vêm explicar, de certo modo, porque não houve mais categorias totais no item anterior (de escrita objetiva). No qual, os auxiliares de enfermagem mostraram-se pouco perceptivos, considerando que a categoria *Total*, apenas incluiu 4,3% de suas anotações.

Para Angerami e colaboradores⁽¹³⁾, o auxiliar e o atendente de enfermagem são as categorias diretamente responsáveis pela identificação dos sinais

e sintomas observados ou informados pelo paciente, cabendo ao enfermeiro fazer o julgamento respectivo

da situação e intervir ou delegar as ações necessárias a serem executadas. No entanto, os resultados do estudo evidenciam que mesmo o enfermeiro, não está registrando dados importantes do paciente referentes aos sinais e sintomas, o que pode refletir uma lacuna no cuidado prestado pela enfermagem. Esta situação deve levar a reflexão, principalmente aos enfermeiros, para reverem quais as causas determinantes dessas falhas na documentação, quais medidas devem ser tomadas para melhorá-la e como efetivá-la.

Entrevista realizada junto ao pessoal médico em uma unidade de clínica geral, sobre as características das anotações de enfermagem, revelou que as mesmas compõem-se de informações simples, claras, escritas em linguagem popular, fragmentadas, sintéticas e persuasivas. E que somente 55,3% desta população liam diariamente as anotações, não satisfazendo plenamente as expectativas desse grupo de profissionais⁽²⁸⁾.

Observa-se, que de alguma maneira, os resultados obtidos neste item, são semelhantes às conclusões das autoras acima citadas, mesmo que na análise somente fora considerado a descrição dos sinais e sintomas. O tema adquire relevância ao se considerar que o PE melhor direciona a assistência ao paciente tal como referido por algumas autoras^(4,25,29). Porém, é preciso salientar que no presente trabalho, a unidade hospitalar estava iniciando a implantação do PE, fato que poderia ter influenciado, decisivamente, nas características das anotações de enfermagem.

Lembra-se também, que para desenvolver plenamente as fases do PE, é preciso contar com um programa de educação contínua muito bem estruturado, que considere os fatores externos da instituição, tais como: a política interna, a filosofia, os objetivos que persegue e as características da clientela, bem como contemplar a possível resistência do pessoal de enfermagem incrédulo, que nega a validade que o PE oferece à profissão, como metodologia científica, que vem reforçar a tão ansiada autonomia profissional^(4,25)

Quanto ao item "descreve informações subjetivas entre aspas" que incluiu todo tipo de informação fornecida pelos pacientes, bem como pelos familiares e outros membros da equipe de saúde, observa-se que também alcançou um percentual muito baixo como o apresentado no segundo item de "erros corrigidos sem ocultar o original". Esperava-se encontrar maior quantidade deste tipo de informação tal como salientado no referencial teórico. Desse modo, as idéias do paciente seriam melhores descritas, bem como seus sentimentos e suas perspectivas a respeito da doença. Tais informações sempre deveriam estar acompanhadas de dados clínicos a fim de auxiliar no direcionamento das intervenções de enfermagem.

Estudos mostram que a Enfermagem não dá a devida atenção aos aspectos subjetivos dos pacientes,

pois são escassas as informações que descrevem as condições psico-espirituais e psicossociais dos mesmos^(7,24). Entretanto, essa tendência na Enfermagem reflete o modelo usado em muitas escolas de enfermagem, que demonstram uma carência no ensino dos aspectos psicossociais⁽²³⁾.

Finalmente, pode-se dizer que as anotações de enfermagem são importantes e imprescindíveis para se fazer uma avaliação da quantidade e qualidade da assistência de enfermagem executada, permitindo também obter dados sobre a evolução do paciente. De certa forma, neste estudo, identificou-se que os conteúdos das anotações de enfermagem e o modo de registrá-los no prontuário são relativamente diferentes ao se considerar as categorias funcionais, sendo que o enfermeiro fez mais avaliações do paciente relacionadas a evolução da doença. As observações de enfermagem foram realizadas, na grande maioria das vezes, pelo auxiliar e pelo atendente de enfermagem, os quais centralizaram seus registros nos cuidados prestados ao paciente, no controle de sinais vitais e higiene e no cumprimento de ordens médicas.

Considera-se que as anotações de enfermagem ainda precisam ser revistas com o propósito de se obter uma melhor documentação dos cuidados e serviços prestados ao paciente, além de identificar os problemas detectados que ajudem a intervir e satisfazer às suas necessidades. Desse modo, acredita-se que o PE se faz necessário no cotidiano do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem, pois, além de garantir uma assistência com qualidade ao paciente, também oferece outros benefícios^(1,2), promovendo o aperfeiçoamento profissional e consequentemente definindo melhor o papel do enfermeiro na equipe de saúde.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu concluir que:

- o auxiliar de enfermagem é o membro da equipe de enfermagem que mais anotou no prontuário do paciente descrevendo anotações extensas e pouco específicas. Ao enfermeiro coube o segundo lugar, com anotações mais específicas. Os dados demonstraram maior produção de anotações por parte dos enfermeiros em relação a outros estudos;
- na análise das anotações, considerando a aparência das mesmas segundo o referencial teórico proposto, aquelas descritas pelo enfermeiro concentraram-se na categoria *Total* nos itens: *Letra legível e clara e Erros corrigidos sem ocultar o original*. Ao contrário do auxiliar e do atendente de enfermagem que se destacaram na categoria *Parcial*. Entretanto, no item *Siglas aprovadas pelo local*, a equipe toda de enfermagem classificou-se na categoria *Total*;

- em relação ao conteúdo das anotações, o enfermeiro destacou-se na categoria *Total* nos itens *Escrita objetiva e Descreve informações subjetivas entre aspas*. Já o auxiliar de enfermagem classificou-se na categoria *Parcial* nestes mesmos itens, além do relacionado à *Anotação completa incluindo descrição de características*. Entretanto, o atendente de enfermagem obteve a categoria *Total* nos itens *Escrita objetiva e Anotação completa incluindo descrição de característica*;

- os resultados obtidos apontaram que as anotações de enfermagem precisam ser revistas e reordenadas, especialmente ao registrarem informações importantes relacionadas à condição do paciente, com vistas a uma melhor documentação das ações e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, de acordo com as necessidades dos pacientes, pois as anotações constituem o reflexo do trabalho da enfermagem e cabe aos enfermeiros liderar a concretização dessa melhora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Iyer PR, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- (2) Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU - EDUSP; 1979.
- (3) Sanchez S, Costa EM, Machado WCA, Sampaio YAA. Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem - uma proposta alternativa. Rev Bras Enferm 1984; 37(3/4):195-204.
- (4) Teles MJS, Morais MCB. Evolução do paciente - uma prerrogativa do enfermeiro. Rev. Bras Enferm 1983; 1(1): 17-28.
- (5) Osawa C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em U.T.I. In: 1^o Ciclo de Debates sobre Assistência em Enfermagem; 1988 out.29-31; São Paulo. São Paulo: Centro de Estudos de Enfermagem 8 de Agosto do Hospital 9 de Julho, 1988, p.46-53.
- (6) Ribeiro CM. Auditoria de serviços de enfermagem. Rev. Bras. Enferm 1972; 25(4):91-103.
- (7) Angerami ELS, Mendes IAC, Pedrazzani JC. Análise crítica das anotações de enfermagem. Rev Bras Enferm 1976; 29(3): 28-37.
- (8) Fávero N. Estudo das anotações de enfermagem na assistência direta ao paciente. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1979.
- (9) Galera SAF, Capelari RT, Barros S. Estudo das anotações de enfermagem em uma emergência psiquiátrica. Rev Paul Enferm 1991; 10(1): 3-12.
- (10) Lourenço MR, Zborowski LP, Souza MM, Trevisan MA. Análise das anotações da equipe de enfermagem segundo Du Gas. In: Mendes IAC, Carvalho EC, editores. In: 7^o Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem - SIBRACEn 2000 jun. 5-8; Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000. p.37-41.
- (11) Ochoa-Vigo K, Ferraz AE, Rossi LA, Costa Jr ML. Assistência de enfermagem e sua documentação. In: Mendes IAC, Carvalho EC, editores. In: 7^o Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem - SIBRACEn 2000 jun. 5-8; Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000. p.203-8.

- (12) Nóbrega MSR. A propósito das anotações de enfermagem. *Enferm Atual* 1980; 2(11): 31-41.
- (13) Angerami ELS, Mendes IAC, Pedrazzani JC. Conceitos teóricos acerca das anotações de enfermagem. *Enferm Atual* 1981; 3(13): 21-4.
- (14) Fernandes RAQ, Sallum MJL, Teixeira MB, Lemmi RCA, Miura M. Anotações de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1981; 15(1): 63-8.
- (15) Castilho V, Campedelli MC. Observação e registro - subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, Benko MA, Castilho V, Castellanos BEP, Gaidzinski RR, Kimura M. *Processo de enfermagem na prática*. São Paulo (SP): Atica; 1989. p.57-65.
- (16) Potter PA, Perry AG. *Grande tratado de enfermagem prática*. São Paulo: Tempo; 1996.
- (17) Rossi LA. *O processo de enfermagem em uma Unidade de Queimados: da ideologia da rotina a utopia do cuidado individualizado [tese]* Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
- (18) Brasil. Lei nº7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun., 1986. Seção 1, p.9274.*
- (19) Conselho Federal de Enfermagem. *Força de trabalho em enfermagem. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983*. Rio de Janeiro: COFEN/ABEn; 1985.
- (20) Brasil- Lei nº8967, de 28 de dezembro de 1994. Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem -COREN-SP. *Documentos Básicos de Enfermagem*; São Paulo: Arte In; 2001. p. 42.
- (21) Ministério do Trabalho - Secretaria de políticas de emprego e salário. *Classificação brasileira de ocupações CBO-94*. In: Oguiso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem - uma abordagem ético-legal*. São Paulo: LTr, 1999. p.205-17.
- (22) Resolução Cofen-240/2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem -COREN-SP. *Documentos Básicos de Enfermagem*; São Paulo, Arte In, 2001. p. 277-89.
- (23) Davis BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. *J Adv Nurs* 1994; 19(5):960-8.
- (24) Silva ALC, Simões LA, Chagas SH. Evolução de enfermagem - sua importância no planejamento da assistência de enfermagem. *Rev Bahiana Enferm* 1981; 1(nº esp):105-27.
- (25) Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem num hospital especializado. In: *Ciclo de Debates sobre a Assistência de Enfermagem*; 1988 out.; São Paulo; Brasil: Centro de estudos de enfermagem, 8 de agosto do Hospital 9 de Julho; 1988.
- (26) Fernandes RAQ. *Estudo da influência do processo de enfermagem na qualidade e quantidade das anotações no prontuário [tese]* São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1989.
- (27) Teixeira MB, Prates JG, Almeida JG. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. *HC Enferm Rev Enferm* 1998; 2(3): 8-10.
- (28) Angerami ELS, Mendes IAC, Takakura AS. A composição das anotações de enfermagem sob o ponto de vista da equipe médica. *Rev Paul Enferm* 1982; 2(1): 27-31.
- (29) Raven KK. Documentation of the nursing process in an outpatient clinic *J Nurs Qual Assur*, 1990; 4(4): 55-62.

ANEXO

Código de identificação do paciente:		Idade:	Sexo:	Período de internação:						
Localização ou extensão da queimadura:				Data de coleta de dados:						
TRANSCRIÇÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DA APRESENTAÇÃO E CONTEÚDO DA DESCRIÇÃO										
Código	Nº de conteúdos por anotação	Anotações de enfermagem segundo o prontuário do paciente (sic)	Categoria Funcional	Período de turno	Linhas gerais das anotações de enfermagem					
					Letra legível e clara	Erros corrigidos sem ocultar o original	Siglas aprovadas pelo local	Escrita objetiva	Anotação completa incluindo a descrição de características	Descreve informação subjetiva entre aspas

Artigo recebido em 12/05/00

Artigo aprovado em 19/07/02