



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GIULIANNA SOARES GARCIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM  
PRONTUÁRIOS À LUZ DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

CUITÉ - PB

2013

GIULIANNA SOARES GARCIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM  
PRONTUÁRIOS À LUZ DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/CES como um dos requisitos para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Dantas Farias de Andrade

CUITÉ - PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

G216a Garcia, Giulianna Soares.

Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários à luz do processo de enfermagem. / Giulianna Soares Garcia. – Cuité: CES, 2013.

**82 fl.**

**Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.**

Orientadora: Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Enfermagem - cuidado. 2. Enfermagem – assistência. 3. Registros de enfermagem. 4. Avaliação em enfermagem. I. Título.

CDU 616-083.98

**GIULIANNA SOARES GARCIA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM  
PRONTUÁRIOS À LUZ DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/CES como um dos requisitos para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem.

**APROVADA EM:** 29/08/2013

**BANCA EXAMINADORA**

*Luciana Dantas Farias de Andrade*

---

**Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade**

*Matheus Figueiredo Nogueira*

---

**Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira**

*Eveline Pereira Barbosa*

---

**Profa. Esp. Eveline Pereira**

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, meu refúgio e fortaleza, pelas oportunidades que coloca em meu caminho, pela saúde, coragem, fé, motivação, persistência e equilíbrio para ultrapassar os obstáculos, rumo à realização de mais um sonho.*

*Aos meus amados pais, Nivaldo e Alana, pelo amor incondicional; pelo apoio irrestrito e fundamental; pela paciência sem limites; por terem me proporcionado acesso à formação pessoal e profissional, segurando a minha mão em momentos de dificuldade, e incentivando-me a prosseguir nessa jornada para o alcance dos meus objetivos. É por eles e para eles essa conquista.*

*À minha amada irmã Emelle, por me proporcionar, nas idas à Recife durante a graduação, os sorrisos mais doces e sinceros que eu poderia receber na vida, responsáveis por recarregar toda a minha energia necessária para enfrentar a labuta na universidade.*

*Ao meu amado irmão Christopher, que sempre me apoiou e estimulou para a conquista desta vitória, com palavras, sorrisos e abraços.*

*Aos meus amigos, em especial Jeferson Barbosa, o qual considero um irmão, responsável por dividir comigo momentos ímpares durante a graduação; pelo*

*apoio em momentos difíceis; por compartilhar comigo sonhos e ideais; por ter dado cor e alegria aos meus dias longe de casa.*

*À minha querida Tia Dora, a qual admiro imensamente, por todo apoio dado em Campina Grande e por ter me acolhido de braços abertos em sua casa nos momentos que precisei.*

*Aos demais familiares, pelas palavras de apoio, incentivo, alegrias e orações.*

*À professora Dr<sup>a</sup>. Luciana Dantas Farias de Andrade, pelo exemplo de educadora, pela paciência, pela orientação criteriosa durante a elaboração deste trabalho e, principalmente, pela generosidade em me ajudar no meu crescimento profissional.*

GARCIA, Giulianna Soares. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem à luz do processo de enfermagem**. Monografia – Curso de Bacharelado em Enfermagem. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. 2013.

## RESUMO

A enfermagem, ao longo dos anos, tem buscado adequar seus métodos à contemporaneidade, por meio de mudanças não apenas na capacidade técnica especializada, mas também com aprimoramentos na base técnico-tecnológica, flexibilização na estruturação de organizações e priorização dos objetivos e instrumentos de trabalho. Com isso, surge o processo de enfermagem (PE), um forte aliado à Enfermagem, uma vez que trata-se de um instrumento metodológico que sistematiza os cuidados prestados pelo enfermeiro. Além disso, o processo de enfermagem é o método usado para planejamento e avaliação da assistência, e o registro de enfermagem é parte deste processo. A partir da gênese do PE que tornou-se possível organizar os serviços por meio da sistematização da assistência e avaliar a qualidade do cuidado exercido ao paciente. Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes do Hospital Universitário Alcides Carneiro, diagnosticando as fragilidades dentro do processo de trabalho por meio da revisão dos registros de enfermagem. Trata-se de uma pesquisadescritiva, retrospectiva e documental dos registros executados pela equipe de enfermagem no prontuário de pacientes do Hospital Universitário Alcides Carneiro. A amostra foi composta por 100 prontuários da Clínica Médica, e, por meio da análise, foi possível conhecer o processo de enfermagem da instituição e avaliar as anotações do relatório de enfermagem. Essa pesquisa constatou deficiência na execução de algumas fases e na documentação das mesmas; além disso, percebeu-se que as anotações de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro não são preenchidas de forma satisfatória, uma vez que a média de bons resultados não foi alcançada em nenhuma avaliação. Dessa maneira, pode-se concluir que implementar um processo de trabalho num serviço de enfermagem, por meio de um modelo teórico, é uma tarefa árdua. As dificuldades que o enfermeiro enfrenta estando vinculado a um hospital universitário são grandes e apenas

poderão ser contornadas por meio de muito esforço, superação e boa vontade em otimizar sua prática profissional.

**Palavras-chave:** Registros de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Processos de Enfermagem; Assistência ao Paciente<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Descritores registrados no site: <http://decs.bvs.br/>

GARCIA, Giulianna Soares. **Assessing the quality of nursing records on charts in light of the nursing process.** Term paper. Bachelor degree in nursing. Universidade Federal de Campina Grande. 2013.

### ABSTRACT

Nursing, over the years, has sought to adapt their methods to the contemporary, through changes not only in the specialized technical skills, but also with improvements in basic technical and technological flexibility in structuring organizations and prioritizing goals and working tools. With that comes the nursing process, a strong ally of Nursing, since it is a methodological tool which organizes the care provided by nurses. In addition, the nursing process is the method used for planning and evaluation of care, and nursing record is part of this process. From the genesis of PE that has become possible to arrange services through the care system and evaluate the quality of patient care exercised. Accordingly, the objective of this research was to evaluate the quality of nursing records in the records of patients at the Hospital Alcides Carneiro, diagnosing weaknesses in the process of working through the review of nursing records. This is a descriptive, retrospective (to make use of medical records of patients who had been discharged) and documentary records performed by the nursing staff in the medical records of patients at this hospital. The sample consisted of 100 medical records of the Medical Clinic, and, through analysis, it was possible to know the nursing process and evaluate the institution's notes nursing report. This survey found deficiency in the execution of some phases and documentation of the same, in addition, it was noticed that the nursing notes of this hospital are not satisfactorily fulfilled, since the average of good results was not achieved in no evaluation. Thus, it can be concluded that implement a business process in a nursing service by means of a theoretical model, it is an arduous task. The difficulties that the nurse faces being linked to a university hospital are large and can only be circumvented through much effort, resilience and willingness to optimize their professional practice.

**Keywords:** Registers of Nursing, Nursing Assessment, Nursing Process; Patient Care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>QUADRO 1</b> – Planilha de movimento trimestral – janeiro a março/2013.....	40
<b>QUADRO 2</b> –Planilha de movimento trimestral – abril a junho/2013.....	40

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b> – Quantitativo de prontuários escolhidos por mês.....	45
<b>TABELA 2</b> - Resultados das análises das anotações de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande/PB, 2013.....	46

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DE	Diagnóstico de Enfermagem
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	22
4.1 REVISÃO HISTÓRICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	22
4.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	25
4.3 REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	28
5 METODOLOGIA.....	35
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	35
5.3 COLABORADORES DO ESTUDO.....	35
5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
5.6 INSTRUMENTO PARA A COLETA DO MATERIAL.....	37
5.7 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE MATERIAL.....	37
5.8 ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO.....	
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	40
6.1 CONHECENDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO.....	40
6.2 ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	45
7 CONCLUSÃO.....	56

8 REFERÊNCIAS.....	58
--------------------	----

## APÊNDICE

### APÊNDICEI - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

## ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ANEXO II – TERMO INSTITUCIONAL

ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO IV – PLANILHA TRIMESTRAL DE MOVIMENTO HOSPITALAR – JANEIRO A MARÇO DE 2013

ANEXO V – PLANILHA TRIMESTRAL DE MOVIMENTO HOSPITALAR – ABRIL A JUNHO DE 2013

## 1 INTRODUÇÃO

O mundo atual caracteriza-se por ser propenso à mudanças, e isso vem proporcionando repercussões não só na política, economia e cultura, mas também no campo de trabalho e nas suas formas de execução (TIMÓTEO; LIBERALINO, 2003).

Além disso, devido ao avanço do capitalismo, a preocupação com os padrões de qualidade surgiu, acarretando exigências no controle, manutenção e avaliação da qualidade dos serviços, inclusive no que se refere ao âmbito da saúde (TRONCHIN; MELEIRO; TAKAHASHI, 2010).

A qualidade dos serviços é um produto social, e é verificada por meio das concepções referentes à saúde, das expectativas quanto à interação entre a população e os prestadores de serviços e do desempenho dos profissionais no seu trabalho. Trata-se de uma meta desejada pelas instituições, pois é uma forma de produção de bens e serviços, como, por exemplo, melhoria da saúde (DONABEDIAN, 1992).

A avaliação da qualidade envolve a avaliação das ações da equipe de saúde voltadas para o paciente. O critério baseia-se no grau em que o tratamento dispensado ao paciente identifica-se com os padrões de qualidade estabelecidos pelos serviços e profissões. Os resultados relacionam-se, intrinsecamente, com os aspectos éticos e da qualidade dos recursos humanos, pois a interação satisfatória do profissional com o paciente concomitante à utilização correta dos conhecimentos técnico-científicos converge numa melhor ou maior qualidade da assistência (OLIVEIRA, 2012).

É sabido que os bons resultados advindos em forma de cuidado recebido pelo paciente estão relacionados com as ações da equipe multidisciplinar, em complementariedade. Os resultados do cuidado avaliam o desempenho da equipe de cuidado de saúde. Sendo assim, controlar a qualidade é, na verdade, um esforço que compete a toda equipe multidisciplinar (POTTER; PERRY, 2001).

Neste sentido, a enfermagem tem buscado adequar seus métodos à contemporaneidade, por meio de mudanças não apenas na capacidade técnica especializada, mas também com aprimoramentos na base técnico-tecnológica, flexibilização na estruturação de organizações e priorização dos objetivos e instrumentos de trabalho (TIMÓTEO; LIBERALINO, 2003).

Porém, para que isso seja possível, é importante que seja desenvolvido um processo de trabalho, objetivando aliar conhecimento à prática (de forma ordenada), analisar a estrutura e os resultados do serviço, diagnosticar inconformidades e reparar erros (DONABEDIAN, 1980).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) nº 358/2009 preconiza que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)(COFEN, 2009).

Portanto, o Processo de Enfermagem (PE) tem sido um forte aliado à Enfermagem, uma vez que trata-se de um instrumento metodológico que sistematiza os cuidados prestados pelo enfermeiro (por meio de documentação em prontuário do paciente), orientando as ações da equipe de enfermagem para efetivação de um atendimento holístico e individualizado ao paciente, bem como na tomada de decisões (MENDES, BASTOS, 2003; VENTURINI; MATSUDA; WAIDMAN, 2009).

O PE é um método que vem se desenvolvendo há mais de 30 anos, especialmente nos Estados Unidos. Devido à sua importância para a ampliação e melhoria da prática e do conhecimento da enfermagem, muitos países, inclusive o Brasil, o utilizam, chegando este a ser indispensável na assistência e cuidado que devem ser prestados ao paciente (GUTIERREZ, 1998).

No Brasil, o PE mais difundido é o de Wanda Aguiar Horta, que tem por base a Teoria das Necessidades Básicas Humanas. Foi proposto em 1960, e divide-se em seis etapas, a saber: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem (DE); Plano Assistencial; Prescrição de Enfermagem (PE); Evolução; e Prognóstico de Enfermagem (CARPENITO; LYNDA, 2008).

De acordo com Potter e Perry (2001), o processo de enfermagem é capaz de organizar e implementar o cuidado em saúde. Desta maneira, ele é usado para identificar, diagnosticar e tratar o ser humano no que concerne às suas respostas de saúde e doença.

Por meio dele, torna-se possível coligar teoria à prática, uma vez que exige, da equipe de enfermagem, habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais voltadas para o suprimento

das necessidades do paciente e de sua família (IYER;TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Além disso, o processo de enfermagem é o método usado para planejamento e avaliação da assistência, e o registro de enfermagem é parte deste processo (ASSUNÇÃO, 2005). Apesar de sempre ter existido o controle informal da qualidade na enfermagem, foi a partir da gênese do PE que tornou-se possível organizar os serviços por meio da sistematização da assistência e avaliar a qualidade do cuidado exercido ao paciente (HADDAD, 2004).

O prontuário, importante indicador da qualidade do atendimento, é um documento legal do paciente, e nele encontram-se dados relacionados ao seu estado geral, aos procedimentos executados e às condutas profissionais adotadas desde o momento que ele é admitido até a sua alta da instituição (GALANTE, 2005).

A avaliação deste permite que sejam diagnosticadas inconformidades, de modo que sejam promovidas correções (em caso de erros) e, conseqüentemente, aumento da qualidade e atendimento às necessidades dos paciente (MEZOMO, 2001). A avaliação dos registros é vista, portanto, como uma estratégia para a reunião de dados que permitem realizar diagnósticos para que ocorra melhoria da prática profissional do enfermeiro e da qualidade do cuidado prestado (VERSA et al., 2012).

Desta forma, entende-se que os registros de enfermagem no prontuário do paciente integram o processo de enfermagem, pois a partir deles o enfermeiro é capaz de mostrar o seu trabalho e desenvolver a sua profissão (ASSUNÇÃO, 2005).

É sabido que os registros relacionam-se, intrinsecamente, com o cuidado prestado pelo enfermeiro;por esta razão, a documentação permite que seja avaliada a atuação do profissional. Além disso, otimiza a comunicação entre os profissionais de saúde, permite que os cuidados sejam replanejados, oportuniza a avaliação da qualidade da assistência e serve como um comprovante legal das ações executadas pelos enfermeiros (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

É mister saber que os registros de enfermagem correspondem às anotações que são realizadas no prontuário nas 24 horas em que o paciente estiver no hospital (D'INNOCENZO, 2006). Estas anotações devem ser concisas, claras, corretas quanto à checagem de medicações

e apresentando, nos procedimentos efetuados, identificação do executor, com nome e número do registro no COREN – Conselho Regional de Enfermagem (FELIX, 2006).

Para que o registro de enfermagem seja confeccionado com rigor técnico-científico é necessário que a equipe de enfermagem desenvolva habilidades para escrever, analisar os fatos e relatar de forma clara e objetiva qualquer evento inerente ao paciente (ASSUNÇÃO, 2005). Muitos registros de enfermagem, de acordo com estudos, são realizados de forma mecânica pelos enfermeiros, não retratam de forma real as condições do paciente e limitam-se à demonstração gráfica das tarefas e à exposição do cotidiano do serviço.

Um prontuário com registros de enfermagem documentados de maneira formal, precisa, realizados para cada paciente e revelando conhecimento técnico-científico, denota prestação de cuidados de qualidade (VENTURINI; MATSUDA; WAIDMAN, 2009).

Sendo assim, os registros de enfermagem tornam-se fundamentais no âmbito da saúde, uma vez que permitem a avaliação dos cuidados de enfermagem que estão sendo dispensados ao cliente, independentemente do processo de trabalho utilizado na instituição (D'INNOCENZO, 2006).

## 2 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu durante a minha graduação em Enfermagem, especificamente no sexto período, onde me senti atraída por essa área que vem ganhando força e dimensão na saúde, concomitantemente ao reconhecimento da importância da veracidade dos registros.

Esta atração já existente foi reforçada e concretizada após as atividades teórico-práticas em disciplinas da matriz curricular, principalmente as específicas no ambiente hospitalar, onde tive a oportunidade de observar inúmeras falhas e erros nos registros de enfermagem presentes no prontuário dos pacientes.

Além disso, a partir do desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso nesse campo, aprofundarei a pesquisa envolvendo o processo de enfermagem, que converge nas avaliações da qualidade do atendimento prestado ao paciente.

Cerca de 50% dos dados relacionados ao cuidado são oferecidos pela equipe de enfermagem. É de suma importância que estas informações permitam uma comunicação eficaz e efetiva entre os profissionais multidisciplinares para que haja um bom direcionamento de ações voltadas para o cuidado do paciente, com garantia de continuidade e qualidade (MATSUDA; SILVA; ÉVORA; COIMBRA, 2006).

Contudo, estudos revelam que, apesar da importância dos registros de enfermagem, há desvalorização dessas anotações por parte dos enfermeiros e carência de conteúdo científico, significado e fundamento. Deve-se entender que os registros servem para avaliação clínica dos indivíduos e para embasar questões administrativas e éticas legais; comprova a aplicação das teorias de enfermagem à prática, servindo, portanto, de proteção e comprovação do exercício pleno da enfermagem (OLIVEIRA; CADETTE, 2009).

Desta forma, surge a importância do desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que, ao se investigar os registros de enfermagem, pode-se compreendê-los melhor em sua essência no que se refere à sua construção e qualidade (emprego de frases mal elaboradas, uso de palavras ambíguas ou ausência de termos, presença de informações claras, concisas e que expressem verossimilmente o cuidado prestado ao paciente, entre outros)(LOPES, 1999).

Assim, é possível diagnosticar as fragilidades dentro do processo de trabalho por meio da revisão dos registros de enfermagem, estimulando os profissionais enfermeiros a aprimorarem o cuidado e, conseqüentemente, a registrarem com tenacidade e veracidade todas as ações voltadas para o paciente (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Esta pesquisa ainda se torna mais relevante porque a instituição a ser estudada não possui enfermeiro auditor, profissional responsável pela avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento *in loco* e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar. Desta forma, a avaliação da assistência prestada ao paciente, bem como da integralidade e da exatidão dos registros no prontuário, fica comprometida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O presente estudo visa avaliar, à luz do processo de enfermagem, a qualidade dos registros de enfermagem, identificando as potencialidades e fragilidades dos prontuários encontrados no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer o processo de enfermagem da instituição;

Avaliar as anotações de enfermagem.

## 4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

### *4.1 Revisão do processo de enfermagem*

Desde os tempos remotos, a comunicação tem sido uma das características mais marcantes e evidentes do ser humano, que a utiliza como forma de expressar ou exteriorizar o que se passa em seu íntimo (DANIEL, 1983).

Nesse processo de comunicação, podem ser utilizadas a comunicação verbal (onde a mensagem é transmitida pela linguagem falada ou escrita) e a comunicação não verbal, a qual é efetivada de pessoa a pessoa através de gestos, posturas corporais, expressões, entre outros (CARVALHO, 2005).

Dentro da comunicação verbal encontra-se o instrumento de objeto deste trabalho, ou seja, a linguagem escrita, tratada neste estudo como os registros de enfermagem. Estes são de grande valia para os profissionais da saúde, tornando-se grande propulsor de relações e propagador de informações entre indivíduos de uma instituição (CARVALHO, 2005).

Os primeiros registros hospitalares foram encontrados há mais de mil anos, no Antigo Egito, equivalentes aos prontuários. Na Grécia Antiga, foi Hipócrates o precursor dos registros sobre as doenças dos seus pacientes, no ano de 460 antes de Cristo (a.C.). Em Roma, os imperadores nomeavam auditores para supervisionar as finanças das suas províncias (SCARPARO et al., 2010).

Contudo, as primeiras documentações de pacientes foram encontradas no Hospital São Bartolomeu de Londres, em 1137. Na Itália, em 1580, Camilo de Lellis exigiu que na documentação houvesse a presença de prescrição médica individual, prescrição alimentar, passagem de plantão e relatórios de enfermagem em cada plantão. O arquivamento de documentos clínicos foi iniciado em 1877, no Hospital Geral de Massachussets, o qual tinha a finalidade de organizar o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SCARPARO et al., 2010). Apenas em 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo Médico.

Em 1856, Florence Nithingale, em sua obra “Notas sobre a enfermagem”, já disseminava a ideia de que os fatos ocorridos com o paciente deveriam ser relatados, pois, assim, a equipe médica saberia o que estava acontecendo com os seus pacientes (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

No ano de 1952, já no Brasil, foi criada a Lei Alípio Correia Neto, a qual preconizava que a documentação de todos pacientes deveria ser realizada pelos hospitais filantrópicos (FERREIRA et al., 2009).

A Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico foi fundada em 18 de julho de 1966, e em 1972 foram criadas as unidades de auditoria com o intuito de analisar a qualidade dos hospitais (FERREIRA et. Al., 2009).

Todavia, foi a partir de 1980 que começam a se perceber mudanças nas formas de gerenciamento, com reorganização da gestão da qualidade nas instituições (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006). As bases do movimento da Reforma Sanitária (ocorrido no Brasil), concretizadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, nortearam um modelo de atenção à saúde baseado nas necessidades da população no que se refere à promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

Desta forma, observa-se que, com o surgimento do Processo de Enfermagem no Brasil, ocorreu a organização dos serviços por meio da assistência sistematizada e que permitia avaliar a qualidade do cuidado prestado ao paciente (HADDAD, 2004).

Neste sentido, entende-se PE como um método que associa prática e teoria de enfermagem, exigindo, portanto, habilidades técnicas, cognitivas e interpessoais no trato com o paciente e a família (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

O Processo de Enfermagem (PE) surgiu nos Estados Unidos da América do Norte em 1960. Foi introduzido pela primeira vez por Orlando, em 1961 (POTTER; PERRY, 2001).

Antes do desenvolvimento do PE, as enfermeiras, nos Estados Unidos (1950), ofertavam cuidados de acordo com as prescrições médicas e não cuidavam do paciente como um todo, ou seja, limitavam-se à doença (KOZIER, 1993).

O criador do termo foi Hall, em 1955, e, a partir disso, o processo de enfermagem tem sido descrito de variadas formas. Wiedenbach (1963) estabeleceu três fases para o PE, a saber: observação, prestação de serviço e validação. Knowles (1967), entretanto, propôs cinco fases para o desenvolvimento da prática de enfermagem, são elas: descobrir, pesquisar, decidir, fazer e distinguir. As duas primeiras fases serviam para levantar os dados do paciente; a terceira, objetivava o estabelecimento de um plano de ação; na quarta, a enfermeira

executava a terceira etapa; e, por fim, na quinta fase, a enfermeira analisava as respostas do paciente frente às suas intervenções (KOZZIER, 1993).

Em 1967, a Western Interstate Commission on Higher Education sugeriu cinco fases: percepção, comunicação, interpretação, atuação e avaliação; além disso, neste mesmo ano, a Faculdade de Enfermagem da Catholic University of America estabeleceu outras quatro fases para o PE: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação (KOZZIER, 1993). Em 1973, a American Nurses Association publicou os critérios da prática de enfermagem mediante as fases do PE, ocasionando a revisão dos históricos de enfermagem por diversos estados.

Nos Estados Unidos, em 1982, houve revisão dos exames do Tribunal Estatal Profissional (ACLEX) com o intuito de incluir o PE como um dos conceitos sobre organização, a qual é de extrema importância para a prática profissional. A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations de USA ainda exige que as etapas de cuidados do paciente sejam documentadas por meio do PE (POTTER, 1995).

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta foi de extrema relevância neste sentido, uma vez que propôs, em 1979, a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas”. Esta se configura como um modelo conceitual de organização da assistência de enfermagem e possui seis fases distintas que se intercalam entre si, a saber: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. Com isso, tornou-se possível a comunicação eficaz entre os profissionais da equipe multiprofissional, uma vez que todos os membros tomam conhecimento dos procedimentos e dos resultados obtidos por meio da assistência prestada ao indivíduo (SANCHEZ et al., 1984; VENTURINI; MARCON, 2008).

Em 1997, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP) frizava, em suas publicações, a necessidade de instituir o PE e com a obrigatoriedade de executá-lo em um tempo determinado (SIVIERO; TOLEDO; FRANCO, 2002).

Portanto, percebe-se que, no decorrer da evolução da Enfermagem, o método assistencial sempre procurou validar a prática profissional e fornecer à sociedade indícios científicos que justificassem a autonomia da enfermagem em relação às demais profissões da saúde (SANCHEZ et al., 1984).

#### ***4.2 O processo de enfermagem***

A Enfermagem vivencia o desafio de construir e organizar as bases do conhecimento que direcionam a sua prática. Desta forma, se vê a necessidade de desenvolver um processo de trabalho, e foi por este motivo que surgiu o processo de enfermagem (MENDES;BASTOS, 2003). Ademais, a Enfermagem vem tentando crescer como exige a ciência, e para que isso ocorra, procura definir, delimitar, desenvolver ou aprofundar áreas de conhecimento que visam fundamentar, teoricamente, as ações profissionais, e isso se dá pela aplicação do PE (BACHION, 1996).

O PE é considerado um método estratégico para resolução de problemas, e exige do enfermeiro capacidades técnicas, cognitivas e interpessoais no trato com o paciente, família e comunidade (AYALA, 2001).

Já Horta (1979) considera que o PE objetiva assir o indivíduo, sistematizando e interrelacionando suas fases. O PE também fortalece a Enfermagem no tocante às ciências aplicadas, pois fundamenta as ações dando-lhes caráter científico, o que aumenta o grau de otimização do cuidados oferecidos.

O processo de enfermagem é circular e contínuo. Por meio dele, com a utilização das etapas, o enfermeiro estima a condição do paciente, realiza o diagnóstico que se enquadre ao quadro clínico do paciente, planeja o cuidado baseado no diagnóstico traçado e avalia o resultado dos cuidados (POTTER; PERRY, 2001).

Segundo Kozier (1993), o PE é sistemático, pois trata-se de um plano estruturado de ação para intervenção direta ao paciente; flexível, porque pode ser utilizado em qualquer área de conhecimento profissional no tocante à cuidados; e dinâmico, uma vez que procura responder às mudanças do quadro clínico do paciente, gerando subseqüentes frente aos resultados de suas ações.

É importante se ter um método de trabalho como o PE porque, por meio dele, é possível otimizar a qualidade dos cuidados; afiançar a Enfermagem; beneficiar tanto a equipe multiprofissional quanto os indivíduos que se utilizam dele; aumentar o grau de satisfação profissional; incrementar o exercício profissional; e despertar a autonomia dos enfermeiros. Além disso, através do PE, percebe-se que torna-se possível ofertar uma assistência holística e de qualidade ao paciente (MARRINER-TOMEY, 1994).

Para Alfaro-Lefevre (2010), os principais objetivos do processo de enfermagem são organizar e priorizar o cuidado do paciente; centralizar as atenções para o estado de saúde do paciente e para a sua qualidade de vida e favorecer a obtenção de confiança e habilidades para agir nas situações clínicas, teóricas e de teste.

Ainda segundo Alfaro-Lefevre, O PE apresenta cinco etapas inter-relacionadas, a saber: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Desta maneira, esmiuçando-se o que cada etapa representa no processo de enfermagem, considera-se que a investigação é a coleta contínua de dados sobre o paciente, valendo-se da utilização da comunicação e observação; o diagnóstico é a análise e agrupamento dos dados para determinar com exatidão o problema do paciente; o planejamento é a elaboração de um plano de ação, determinando-se os resultados desejados e identificando-se as intervenções que favorecerão o alcance desses resultados; a implementação é a colocação do plano em prática; e a avaliação é determinação do sucesso ou fracasso da implementação do processo, direcionando mudanças para a obtenção de melhoras.

Para a execução correta do PE, o enfermeiro deve conhecer, com propriedade, essas cinco etapas que o compõe. É importante destacar que, sendo as fases inter-relacionadas, cada passo dado afeta os demais. Se durante o reconhecimento o enfermeiro utilizar uma base de dados inapropriada, os diagnósticos de enfermagem ficarão incompletos e/ou incorretos, prejudicando, assim, as etapas de planejamento, execução e avaliação; isso interferirá diretamente na comunicação entre a equipe multidisciplinar e entre o enfermeiro e o paciente, pois não serão levantadas todas as informações necessárias para uma avaliação primorosa, com contínua revisão das fases do processo (POTTER, 1995).

Além disso, o enfermeiro deve possuir capacidades técnicas, intelectuais e de relação. Com isso, deduz-se que o enfermeiro deve saber se comunicar, escutar, expressar interesses, compreender, conhecer e se informar, critérios essenciais para que o mesmo possa obter confiança e dados, tomando o cuidado de respeitar a individualidade do paciente e integridade da sua família (KOZIER, 1993).

É importante ressaltar que o enfermeiro, ao estabelecer um modelo de assistência, poderá favorecer a forma de efetivar a coleta e análise dos dados (etapa que é acompanhada pelos conceitos do modelo e que ajuda na construção do instrumento), bem como a assistência que será prestada ao paciente. Posteriormente, o enfermeiro poderá diagnosticar a situação do

indivíduo, estabelecer prioridades, metas e objetivos, selecionar as estratégias que serão usadas, prescrever cuidados e implementá-los e, por fim, avaliar as suas ações, realizando contínua revisão das etapas do PE à luz do referencial adotado (CARVALHO; ROSSI, 1998).

A Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009) preconiza que cabe ao enfermeiro liderar a execução e avaliação do Processo de Enfermagem para que se alcancem os resultados esperados, e cabe aos técnicos e auxiliares participarem da execução desse processo, sob supervisão do enfermeiro. Deve haver registro formal desta execução, através de um resumo dos dados coletados sobre o indivíduo, família ou coletividade; dos diagnósticos de enfermagem; das intervenções de enfermagem frente aos diagnósticos de enfermagem identificados; e dos resultados alcançados por meio dessas intervenções.

Cabe à equipe médica estabelecer o diagnóstico da doença, prescrever a terapêutica e acompanhar a evolução da doença. Aos enfermeiros, compete a assistência geral ao paciente, por meio da elaboração de um plano de ação baseado nos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, a garantia da execução de suas prescrições e de outros profissionais, a análise das respostas do paciente mediante as condutas tomadas e a supervisão das atividades executadas pelos profissionais da equipe de enfermagem (OSHOA-VIGO et al., 2001).

A enfermagem deve estar atenta à sua prática, buscando mudanças, se necessário. O processo de enfermagem alicerça o exercício da enfermagem, e, por meio dele, o enfermeiro deve buscar subsídios para questionar, identificar e responder as questões inerentes ao ser humano (ASSUNÇÃO, 2005).

Para isso é necessário que se tenha um programa de educação contínuo e estruturado para que os enfermeiros possam desenvolver de forma plena e correta o PE, considerando os fatores externos da instituição que, porventura, recebem estes profissionais, tais como: filosofia, política interna, objetivos que deseja alcançar e características do pessoal (paciente e profissionais), bem com a resistência dos próprios profissionais enfermeiros que, por vezes, não acreditam na credibilidade que o PE fornece à Enfermagem (um vez que trata-se de um aporte científico que pode trazer, ao profissional, autonomia no desenrolar de suas ações) (MARIA et al., 1988).

O PE é, portanto, um método eficiente e dinâmico para o atendimento integral ao paciente e também para a avaliação do cuidado prestado, uma vez que permite o planejamento, a orientação e execução das ações, além de configurar-se como um ótimo indicador do trabalho do enfermeiro (VENTURINI; MATSUDA; WAIDMAN, 2009).

Todavia, para viabilizar o PE é necessário que o enfermeiro o documente em prontuário, por meio do registro de suas fases, para que a verdadeira postura do profissional seja assumida e refletida em suas ações (OSAWA, 1988).

A documentação do paciente permite que as condições de saúde deste sejam acompanhadas, otimizando os cuidados prestados e facilitando a comunicação entre os profissionais, por meio da exposição de suas condutas profissionais (OSHOA-VIGO, 2001).

Os registros de enfermagem, por fazerem parte das etapas do processo de trabalho, estão sendo cada vez mais averiguados através de instrumentos de avaliação. Os hospitais, os maiores utilizadores desta prática, objetivam, principalmente, a qualidade assistencial (RIOLINO; KLIUKAS, 2003).

Contudo, a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem só poderá se concretizar quando houver a sua implementação, em conjunto com documentação, registros precisos e estruturados numa linguagem padronizada, correta, científica e eficaz (ASSUNÇÃO, 2005).

#### ***4.3 Registros de Enfermagem***

No processo de atenção à saúde, os registros escritos correspondem aos meios de comunicação mais eficazes para o replanejamento de ações em saúde, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos indivíduos e fornecimento de informações relevantes para pesquisa e provas jurídicas (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007; SILVA; TAVARES-NETO, 2007).

Os registros sobre o estado de saúde do paciente são de inteira responsabilidade dos profissionais de saúde, devendo ser realizados diariamente. A reunião desses registros, através da anamnese ou da coleta de dados por meio de exame físico ou outros exames, corresponde

ao prontuário do paciente (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007; SILVA; TAVARES-NETO, 2007).

Silva (1996) descreve o prontuário como um mecanismo de troca de comunicação entre os profissionais da saúde, e que, se for utilizado corretamente, permite que haja continuidade do cuidado, qualificação e avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.

Munck et al. (1999) ainda dizem que o prontuário é um documento único, devidamente identificado, onde se registram os cuidados prestados ao paciente, a internação hospitalar, o atendimento ambulatorial ou as situações de emergência. Deve conter todas as informações referentes à saúde do paciente, durante todo o período em que o mesmo foi atendido.

Para atender os objetivos, o prontuário deve ser um meio eficaz de comunicação entre os profissionais de saúde, efetivar e otimizar os cuidados oferecidos ao paciente, elaborar planos de ação, servir de base legal para o paciente, oferecer dados para produção de informação, servir de ferramenta no processo gerencial, auxiliar nos casos de pesquisa e educação em saúde, oferecer informações para agências seguradoras e previdenciárias e servir de base para pagamento por serviços prestados pelas unidades de saúde por parte de órgãos governamentais (MUNCK et al., 1999).

Para o paciente, o prontuário é grande valor, uma vez que nele está contido todo o seu histórico hospitalar e, conseqüentemente, todas as condutas realizadas a seu favor. Já para a instituição, o prontuário é visto como um testemunho escrito do trabalho da equipe médica e de enfermagem, bem como o da instituição (OGUISSO, 1975).

Todos os acontecimentos envolvendo o paciente, portanto, devem ser registrados no prontuário, e cabe ao profissional que o assiste anotar todas as informações e procedimentos executados (CARVALHO, 2005).

Neste contexto, encontram-se, nas atribuições da equipe de enfermagem, as anotações ou registros de enfermagem que são realizados durante a assistência e a promoção da saúde do paciente, e tratam-se de um meio eficaz para estabelecer relações entre a equipe multidisciplinar, o paciente e a instituição saúde. (CARVALHO, 2005).

É importante destacar que a equipe de enfermagem é constituída por profissionais que atendem diretamente o paciente. Desta maneira, o registro deverá resguardar a continuidade da terapêutica prescrita, relatar intercorrências do período de internação, fornecer segurança ao paciente e informações exatas para a equipe que prosseguirá com a assistência (CARVALHO, 2005).

Para Ochoa-Vigo et al. (2001), as anotações de enfermagem são imprescindíveis no prontuário do paciente, uma vez que fazem parte da documentação relacionada ao processo saúde/doença e demonstram, fidedignamente, o trabalho da equipe de enfermagem, indicando (quando isso ocorre) que esses profissionais permanecem 24 horas assistindo o paciente.

Para Teixeira, Prates e Almeida (1998), o registro de enfermagem é uma fonte valiosa de informações para todos os profissionais de saúde, pois mostra o estado de saúde, a evolução do tratamento e a avaliação do resultado. Além disso, serve de base legal, o que garante segurança para o paciente e para a instituição, e, por isso, deve ser descritivo, sucinto e realizado de forma correta e livre de rasuras.

Já Cruz et. al. (1987) descrevem a anotação de enfermagem como o registro das condições do paciente, dos cuidados oferecidos, das intercorrências, relatos do paciente e quaisquer impossibilidades que se apresentem e que interfiram no progresso do cuidado, realizado por meio de todos os profissionais da equipe de enfermagem.

Relatam ainda que o registro é obrigação legal do profissional de enfermagem, que este deve ser realizado tão logo o cuidado for prestado ou a observação do paciente for feita e que deve conter: data e horário; observações realizadas; providências tomadas; queixas do paciente; necessidades referidas; encaminhamentos e intercorrências; assinatura do profissional que o realizou; ser feito durante as 24 horas do dia; condizer com a realidade; e ser realizado no próprio impresso da evolução, prescrição e anotação.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (1993), o registro efetivado pelos profissionais da equipe de enfermagem sobre as condições de saúde do paciente permite que seja dada continuidade na assistência prestada ao indivíduo, por meio de relatos do mesmo para coleta de dados, exames realizados, plano de cuidados e respostas do paciente à terapêutica escolhida.

Além disso, as informações relacionadas aos atos e observações feitas pela equipe de enfermagem permite que sejam realizados o gerenciamento e a avaliação do cuidado prestado ao paciente (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

A avaliação dos registros permite que sejam identificadas as fragilidades do processo de trabalho em enfermagem, e, a partir desse diagnóstico, poderão ser levantadas medidas para o aperfeiçoamento do cuidado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Sendo assim, percebe-se que há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado, pois os mesmos refletem a qualidade da assistência de enfermagem (KURCGANT, 1976).

A qualidade dos registros pode ser efetivada caso sejam observadas as cinco categorias de informações que devem estar explícitas nos registros de enfermagem, a saber: a saber: medidas terapêuticas realizadas pelos profissionais de enfermagem; prescrições do médico que foram executadas pela equipe; procedimentos não prescritos pelo médico, mas executados pela enfermeira com o intuito de atender as necessidades individuais do paciente; comportamento e outras observações relativas ao paciente, consideradas importantes para a avaliação da sua saúde; e respostas do paciente à terapêutica adotada e à assistência prestada (DU GAS, 1988).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (1993), no parecer nº 128/97, os seguintes critérios devem ser observados durante a elaboração do registro de enfermagem: exatidão (os fatos devem ser verossímeis e precisos. As observações devem ser específicas e exatas); brevidade (o registro deve ser objetivo e claro); legibilidade (a anotação deve ser escrita nitidamente, de forma legível e à tinta); identificação (o profissional da enfermagem, logo após o registro, deve assinar seu nome, seguido do nome do COREN. Se tratar-se de um graduando em Enfermagem, o mesmo deve colocar o seu nome e a sua respectiva instituição de ensino).

Reiterando o que preconiza o COFEN, Iyer, Tapptich e Bernocchi-Losey (1993) afirmam que, para que os registros de enfermagem estejam em conformidade, é necessário que alguns aspectos fundamentais relacionados à aparência e ao conteúdo sejam observados. São eles: objetividade, sem juízo de valores ou preconceito. Quando houver utilização de informação advinda do paciente, da família ou dos membros da equipe, esta deve vir entre aspas; os registros devem ter descrições e interpretações de dados objetivos decorrentes das

avaliações específicas; não utilização de generalizações e termos vagos, tais como “bom”, “regular”, “normal”, pois estas palavras dão margem a várias interpretações; deve haver descrição completa dos dados, de forma concreta e objetiva; evitar uso de informações supérfluas, frases extensas e vagas; utilizar escrita legível, com tinta indelével.

Caso ocorram erros, não ocultar o registro inicial, mas desenhar uma linha sobre a palavra incorreta, colocar ao lado “registro incorreto” e efetivar um novo registro. Não é permitido o uso de corretivos, borrachas ou linhas cruzadas; utilizar escrita correta, gramaticalmente e foneticamente. Evitar uso de gírias, clichês e rótulos, a não ser que seja por citação direta; utilização de abreviações apenas se no local de trabalho houver permissão (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; OSHOA-VIGO et al., 2001).

Quanto ao registro dos dados relacionados ao estado físico do paciente, uma das formas adotadas é o registro de informações de forma sequenciada, como orientação céfalo-caudal ou por sistemas. A objetividade da informação inclui a ênfase que é dada à anotação, sem, necessariamente, utilizar-se de repetições (DALRI; ROSSI; CARVALHO, 1999).

Além disso, é importante que o enfermeiro não deixe espaços em branco entre uma anotação e outra, pois qualquer outra pessoa, intencionalmente ou não, pode vir a acrescentar informações no local; não confiar na memória, e registrar, imediatamente, qualquer informação ou acontecimento ocorrido com o paciente; em caso de dúvidas quanto à prescrição, anotar o fato e procurar saná-las; além disso, após preparo da medicação, administrá-la e realizar checagem pessoalmente; jamais confiar esta tarefa a terceiros (POTTER; PERRY, 1996).

O registro de intercorrências sofridas pelo paciente também deve fazer parte da prática do enfermeiro, pois, assim, existirão provas de que o profissional executou uma assistência adequada ao paciente, e não apenas acompanhou a sua evolução enquanto internado. Qualquer informação omitida pode levar a não-confiabilidade da assistência dispensada (ASSUNÇÃO, 2005).

De acordo com Fávero et al. (1983), quanto maior o número de informações e comunicações corretas acerca do paciente, melhor e mais organizado será o cuidado dispensado a ele e, assim, suas necessidades poderão ser supridas.

É oportuno destacar que o enfermeiro deve manter o sigilo e a privacidade do que encontram nos prontuários, de acordo com a Constituição Federal, Código de Ética do Servidor Público e código de ética da sua categoria profissional. É de extrema importância estar atento ao sigilo, aos atos de imperícia, imprudência ou negligência, ao consentimento prévio do paciente, à preparação do prontuário do paciente e à utilização do prontuário para fins diversos (BRASIL, 2011).

Oguisso (1987) ainda afirma que é crime de falsidade ideológica alterar um documento ou seu conteúdo. Este crime pode ser configurado como omissão, quando deixa-se de registrar uma informação que deveria estar presente; ou comissão, quando se coloca ou se faz colocar uma declaração falsa ou diferente da que deveria estar registrada.

O Código Penal Brasileiro, Decreto 2.848, Lei nº 7.209, especifica como crime de falsidade ideológica, no art 299, “omitir em documento declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre um fato juridicamente relevante” (BRASIL, 2013).

Desta forma, os registros de enfermagem devem reproduzir fielmente as ações efetivadas, pois, assim, servirá como base para avaliação do cuidado e como documento legal, utilizado contra ou a favor do cliente ou profissional, em casos judiciais (GONÇALVES, 2001; JANUNCIO, 2002).

O registro de enfermagem é um instrumento essencial para subsidiar as fases do processo de enfermagem. Mas, apesar da importância das anotações de enfermagem no prontuário, percebe-se que as mesmas vêm se mostrando cada vez mais incompletas, rudimentares e mecânicas devido à escassez de informações relevantes observadas referentes ao paciente (MATSUDA et al. 2006; SALZANO, 1983).

Com isso, muitas vezes os registros não cumprem de forma satisfatória o processo de cuidado ao paciente. A falta de interesse e conscientização sobre as anotações de enfermagem trazem como consequência uso de frases repetitivas, chavões, clichês, o que impossibilita a documentação de um cuidado, de fato, eficiente (SALZANO, 1983).

Vale destacar que a escassez de documentos, na enfermagem, indica má atuação do enfermeiro. Desta maneira, é necessária a realização de anotações completas e frequentes para que sejam atendidas as exigências técnicas e ético-legais da profissão. Contudo, vários fatores

impedem que sejam realizados registros precisos e recorrentes; dentre eles, destacam-se: baixo nível socioeducacional de muitos profissionais de enfermagem; linguagem complexa; quantidade escassa de trabalhadores; alta demanda no serviço; desvalorização profissional; e investimentos insuficientes direcionados ao treinamento e educação permanente (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007).

A avaliação dos registros favore a identificação dos pontos fracos que necessitam de melhoria dentro do processo de trabalho em enfermagem e, ao se executar este processo, toma-se como instrumento de trabalho a auditoria. A auditoria, por meio de uma revisão detalhada das anotações de enfermagem, realiza o diagnóstico de irregularidades e, a partir disso, suscita medidas de aprimoramento do cuidado (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Esta é a importância de se registrar informações verossímeis. Um prontuário que não apresenta evolução de enfermagem correta, checagem de medicamentos e anotações de procedimentos e materiais utilizados está suscetível à glosa. A glosa técnica, advinda dos enfermeiros e/ou médicos, se dá exatamente pela falta de justificativas que se apliquem à indicação de determinado procedimento ou pela falta de informações de enfermagem quanto ao cuidado prestado. Sendo assim, é importante que as informações sejam registradas corretamente, pois, assim, há viabilização da avaliação da assistência prestada aos pacientes. (FRANSCISCO, 1993)

A avaliação do PE e dos registros de enfermagem, portanto, se constituem em estratégia para a obtenção de dados diagnósticos que favorecema readequação e melhoria destes, objetivando otimizar a prática profissional do enfermeiro e qualidade do cuidado prestado ao paciente (VERSA et al., 2012).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE PESQUISA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisadescritiva, retrospectiva (por fazer uso de prontuários de pacientes que já receberam alta) e documental dos registros executados pela equipe de enfermagem no prontuário de pacientes do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

O método descritivo foi escolhido porque busca descrever uma população, fenômeno ou a consignação de relações entre variáveis. Tem como principal característica o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionário e observação sistemática (PONTE; OLIVEIRA; MOURA; BARBOSA, 2008).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona atos ou fenômenos atuais, visando o funcionamento destes no momento atual. Além disso, este método visa descobrir a frequência com que determinado fenômeno acontece, com máxima precisão possível, e sua relação com outros, sua natureza e sua característica (MARCONI; LAKATOS, 1999; RAMPAZZO, 2002; CARVALHO, 2005).

A pesquisa documental utiliza-se de fontes que ainda não receberam análise ou que ainda possam ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

A análise documental ainda é pouco utilizada, mas trata-se de uma técnica importante para abordagem de dados e identificação de informações factuais nos documentos, por meio de questões ou hipótese de interesse (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

### **5.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado na Rua Carlos Chagas, s/n, São José, no município de Campina Grande/PB. A escolha do local foi baseada pelo fato de que este serviço de saúde se apresenta como uma instituição de grande porte, dando suporte para o estudo devido às suas particularidades.

### **5.3 COLABORADORES DO ESTUDO**

Os colaboradores do estudo foram profissionais da enfermagem e demais funcionários de outros níveis de atuação que trabalham na instituição, os quais facilitaram o acesso aos prontuários e forneceram planilhas que subsidiaram a pesquisa.

#### **5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A amostra foi composta por 100 prontuários da Clínica Médica. Como a Clínica Médica divide-se em quatro alas (Ala B – respiratória; Ala C – clínica médica feminina; Ala D - clínica médica masculina; e Ala E – infectologia), foram selecionados 25 prontuários de cada ala.

A pesquisa contemplou os meses de janeiro a junho de 2013. Para quantificar os prontuários de cada ala que seriam necessários por mês, o seguinte questionamento foi feito: se para a análise dos 6 primeiros meses de 2013 foram selecionados 25 prontuários de cada ala, em um mês quantos prontuários serão necessários para efetivar a pesquisa plenamente? Por meio de uma razão de três, concluiu-se que eram necessários quatro prontuários de cada ala por mês. Sendo assim, foi possível efetivar o sorteio de quatro prontuários de cada ala com o intuito de satisfazer o número total da amostra (100 prontuários).

Somando-se as amostras de cada mês, chegou-se a um número total de 96 prontuários. Dessa forma, foram escolhidos mais quatro prontuários de cada ala por meio de um sorteio, com o intuito de completar o número total da amostra estudada. Foram sorteados: 1 prontuário da Ala B do mês de junho; 1 prontuário da Ala C do mês de abril; 1 prontuário da ala D do mês de maio; 1 prontuário da Ala E do mês de junho. Com isso, foi possível compor a amostra total do estudo.

#### **5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Para que o prontuário fosse incluso na pesquisa, os seguintes critérios do paciente deveriam ser observados:

- Maioridade civil (paciente com idade igual ou acima de 18 anos);
- Presença de cadastro no setor de Clínica Médica, equivalente às alas B, C, D ou E, para uma vaga no leito;

- Internação de três dias ou setenta e duas horas no setor, pois, assim, os membros da equipe de enfermagem de todos os turnos já teriam realizado os seus registros no prontuário desse paciente.

Foram excluídos da amostra:

- Todos aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão.

## **5.6 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DO MATERIAL**

O material foi obtido por meio da pesquisa documental, a qual utiliza fontes primárias para investigar documentos escritos ou não-escritos (PONTE; OLIVEIRA; MOURA; BARBOSA, 2008).

O material foi coletado com o auxílio de um formulário de coleta de dados (APÊNDICE I), por meio do qual foi possível abranger um maior número de prontuários em um menor espaço de tempo.

## **5.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DO MATERIAL**

A coleta do material foi realizada em horário previamente estabelecido entre pesquisadores e os profissionais.

## **5.8 ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO**

A análise dos dados foi realizada com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), constituída por três etapas: pré-análise composta pela escolha do objeto de estudo, bem como a formulação dos objetivos do trabalho, necessário para proceder à constituição do “*corpus*”. O *corpus* constitui o conjunto do material que será submetido à análise, no caso, a leitura flutuante dos registros de enfermagem coletados dos prontuários.

Outra etapa didaticamente descrita por Bardin (2009) é a exploração do material que consiste em uma fase longa com procedimentos de codificação ou enumeração em função de regras previamente formuladas. A codificação consiste na transformação que ocorre, segundo regras precisas em relação aos dados brutos, do texto analisado. No contexto estudado, foi necessário codificar os fragmentos dos registros de enfermagem em unidades de representações daquilo que descrevem acerca das atividades que exercem na assistência.

Após a escolha das unidades de representações foi realizada a seleção das categorias pelo reagrupamento dos temas específicos da realização da assistência prestada aos usuários do hospital de Campina Grande.

A interpretação dos resultados constituiu a terceira etapa da proposta metodológica, quando houve o confronto entre o material coletado nos prontuários e a revisão de literatura nacionalmente divulgada quando tornou-se possível elucidar as limitações e potencialidades da assistência de enfermagem frente à qualidade do serviço ofertado.

## **5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os deveres e direitos do pesquisador e sujeito, bem como o anonimato e sigilo das informações colhidas. Na qual trata o sujeito em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia, defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-nos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência), garantindo que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e que haja igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (CNS, 2013).

Para o cumprimento dos requisitos éticos, foi solicitada à instituição referida uma autorização para a realização da pesquisa nos prontuários/dados secundários (Anexo II), com a garantia de que os sujeitos teriam preservada a sua identidade, tendo a instituição a liberdade de se recusar a autorizar o estudo antes, durante ou após a finalização da coleta do material empírico, sem risco de qualquer penalização. Assim como a assinatura do Termo de Compromisso do pesquisador por parte dos pesquisadores responsáveis (Anexo I). Por se

tratar de um estudo envolvendo prontuário de seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 6.1 CONHECENDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

A Clínica Médica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) é composta por quatro alas, a saber: Ala B (respiratória), Ala C (clínica médica feminina), Ala D (clínica médica masculina) e Ala E (infecologia). A Clínica Médica apresenta sessenta e dois leitos ativos, divididos da seguinte maneira: Ala B, dez leitos ativos; a Ala C, dezoito leitos ativos; a Ala D, vinte leitos ativos; e a Ala E, catorze leitos ativos.

O controle da movimentação hospitalar no HUAC é realizada por meio do Setor de Arquivo Médico Estatístico e Registro Hospitalar. De acordo com as planilhas trimestrais de movimento hospitalar correspondentes aos meses de janeiro a março e de abril a junho (Anexos IV e V), os seguintes dados caracterizam a movimentação hospitalar dos referidos meses na Clínica Médica:

**QUADRO 1- (PLANILHA DE MOVIMENTO TRIMESTRAL – JANEIRO A MARÇO/2013)**

MESES	JANEIRO / 2013	FEVEREIRO / 2013	MARÇO / 2013	MÉDIA TRIMESTRAL
<b>ADMISSÕES</b>	102 pacientes	88 pacientes	99 pacientes	96,33 pacientes
<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA</b>	18,29 dias	15,90 dias	15,53 dias	16,57 dias
<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>	78,98%	76,31%	82,72%	79,34%
<b>TAXA DE MORTALIDADE</b>	1,00%	4,60%	2,88%	2,83%

**QUADRO 2- (PLANILHA DE MOVIMENTO TRIMESTRAL – ABRIL A JUNHO/2013)**

MESES	ABRIL =	MAIO = 2013	JUNHO =	MÉDIA
-------	---------	-------------	---------	-------

	2013		2013	TRIMESTRAL
<b>ADMISSÕES</b>	109 pacientes	114 pacientes	107 pacientes	110 pacientes
<b>TEMPO MÉDIO DE PERMARNÊNCIA</b>	12,28 dias	15,56 dias	12,62 dias	13,49 dias
<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>	79,04%	87,05%	83%	83,03%
<b>TAXA DE MORTALIDADE</b>	2,26%	4,75%	7,62%	4,90%

De acordo com Bittar (1996), considera-se mais produtivo o hospital que apresenta menor tempo médio de média de permanência; maior índice de renovação; menor índice de intervalo de substituição; menor número de funcionários por leito e/ou cama.

A média de permanência varia de acordo com o diagnóstico, idade, sexo, sistema de financiamento e distância do domicílio ao hospital (BITTAR, 1996). É um indicador de extrema importância, pois avalia a eficiência de uma determinada unidade hospitalar, permite uma mensuração mais precisa do número de leitos necessários para o atendimento da população de um setor específico (BRASIL, 2002).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2002), o valor médio aceitável de tempo médio de permanência é de 17,83 dias. Face ao exposto, percebe-se que, no Hospital Universitário Alcides Carneiro, esse indicador mostrou-se aceitável, trazendo a possibilidade de haver boa rotatividade dos leitos e dispensação de cuidados da equipe de saúde ao paciente, uma vez que os indivíduos internos permanecem no hospital até o tempo previsto de recuperação.

Todavia, tal fato encontrou algumas limitações quando o pesquisador debruçou-se na análise crítica em cada prontuário selecionado evidenciando algumas limitações da assistência que serão detalhadas no decorrer da discussão dos resultados.

No tocante às fases do processo de Enfermagem, constatou-se que as etapas mais encontradas nos 100 prontuários analisados foram: investigação – 89 (89%), evolução de enfermagem – 98 (98%) e anotações de enfermagem – 75 (75%) . Constatou-se, portanto,

menor preenchimento das seguintes fases: diagnósticos – 24 (24%) e prescrições de enfermagem – 24 (24%).

Uma pesquisa realizada por Benko e Castilho (1989) com enfermeiras apontou que o tempo médio gasto na aplicação da investigação foi de 38 minutos, com desvio-padrão em torno de 10 minutos.

Já no estudo de Gutiérrez (1981) analisou-se a necessidade e a aplicação das etapas do processo proposto por Horta, e constatou-se que, das 74 enfermeiras pesquisadas, 11,3% apontaram dificuldade com o histórico de enfermagem, justificando ser esta uma etapa que demanda grande tempo para a sua realização.

A não realização completa do histórico de enfermagem na instituição estudada por essa pesquisa pode ser decorrente da rotina do serviço aliada à falta de tempo, falta de organização, não envolvimento da enfermeira, falta de cobrança e indisposição do paciente.

O histórico de enfermagem não deve ser subestimado, pois, a partir dele, o enfermeiro tem a possibilidade de executar com sapiência ações reflexivas que necessitam de compromisso e envolvimento, utilizando o saber e o fazer em enfermagem (GUTIERREZ et al., 1999).

Por meio dos dados coletados no histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), a enfermeira realiza os diagnósticos de enfermagem pelo julgamento clínico dos dados coletados. O julgamento clínico ocorre de duas maneiras: pela experiência prática do profissional, que permite que os conhecimentos adquiridos ao longo da vida sejam resgatados na memória em longo prazo, e/ou pelas características próprias que definem cada diagnóstico (GORDON, 1995).

Os diagnósticos e prescrições de enfermagem foram encontrados em 24 prontuários da Clínica Médica, sendo todos eles da Ala B (respiratória). É sabido que, após a coleta dos dados por meio do histórico, o enfermeiro os analisa, elabora os diagnósticos de enfermagem, planeja as ações e realiza prescrições de forma holística e individualizada.

Por meio da análise dos prontuários da instituição, percebe-se que apenas na Ala B (respiratória) existe uma lista de diagnósticos e prescrições indicadas. Com isso, deduz-se que os enfermeiros formularam essa lista com base nas principais doenças do setor e

necessidades do paciente, sem todavia escrevê-las, realizando diretamente o diagnóstico e prescrições.

Outro fator considerável é o fato de que os diagnósticos de enfermagem não fazem parte da rotina da Clínica Médica (excetuando-se Ala B), e podem ser vistos, portanto, como uma forma de cobrança das ações do enfermeiro ou como não pertencentes do método de trabalho da enfermagem.

A Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) formulou um sistema de classificação dos diagnósticos que propõe a universalização dos problemas que acometem os indivíduos, por meio das várias definições surgidas na literatura, afirmando que o diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico feito pelo enfermeiro para obtenção de respostas do indivíduo, da família ou da comunidade frente aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. Por meio desse julgamento, o enfermeiro é capaz de intervir, visando o alcance do bem estar do paciente (CARPENITTO, 2002).

Sendo assim, o diagnóstico de enfermagem é um grande facilitador das ações de enfermagem, uma vez que indica quais as intervenções que vem ao encontro das necessidades dos pacientes, utilizando-se da avaliação crítica e tomada de decisão, sempre questionando esta veracidade da visão que se tem do diagnóstico de enfermagem (FOSCHIERA; VIERA, 2004).

No que se refere à evolução de enfermagem, sabe-se que a mesma avalia todas as outras fases do processo de trabalho, uma vez que, para efetivá-la, o enfermeiro verifica se houve o alcance dos objetivos traçados nas fases antecessoras. A evolução de enfermagem deve ser realizada diariamente pelo profissional enfermeiro, apontando a progressão do paciente no tocante ao seu processo de saúde/doença, bem como os resultados do planejamento das ações de enfermagem, visando a manutenção ou aprimoramento dos mesmos (BAPTISTA et al., 2001).

A evolução de enfermagem foi realizada em 98 (98%) prontuários, ou seja, foi um dos componentes do processo de enfermagem realizados com maior frequência na Clínica Médica. Entretanto, percebe-se que, em sua maioria, são realizados de forma superficial, indicando apenas características gerais dos pacientes percebidas por meio de exame físico

incompleto, presença ou não de venóclise, aceitação da dieta e verificação de sinais vitais. Sendo assim, as outras fases ficam comprometidas, uma vez que as evoluções não são feitas de maneira sistemática e global, interferindo na continuidade da assistência a ser prestada.

Por fim, foram analisadas as anotações de enfermagem. Estas, favorecem o repasse de informações a respeito do paciente, bem como a comunicação entre a equipe multiprofissional. Além disso, possibilita ensino, pesquisa, realização de auditorias e verificação de aspectos legais.

Neste estudo, a análise das anotações de enfermagem foi feita quanto ao seu conteúdo, detalhada de forma mais precisa no tópico “Análise dos registros de enfermagem”. As anotações de toda a equipe de enfermagem foram identificadas em 75 dos 100 prontuários estudados (75%) da Clínica Médica.

Essa pesquisa constatou deficiência na execução de algumas fases e na documentação das mesmas. Contudo, para que a sistematização de enfermagem seja realizada de forma efetiva e eficaz, todas as fases devem ser executadas, pois, assim, o paciente poderá ser assistido no tocante às suas necessidades, por meio dos diagnósticos, prescrições e cuidados direcionados à ele.

É sabido que existem diversos obstáculos para a aplicação do processo de assistência de enfermagem nos hospitais universitários e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que há a necessidade de coligar as atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa com a diversidade e gravidade dos pacientes que entram e saem, com a falta de profissionais enfermeiros e com a falta de tempo e disponibilidade para prestação dos cuidados devido à realização da gerência dos setores.

Além disso, existem diversas dificuldades que se interpõem na prática profissional do enfermeiro e que impedem a realização plena da SAE, tais como: falta de preparo para utilização do processo de enfermagem, excesso de atribuições do enfermeiro, falta de recursos materiais para o cuidado, resistência na utilização e desvalorização desse instrumento.

Contudo, para que a sistematização de enfermagem seja realizada de forma efetiva e eficaz, todas as fases devem ser executadas, pois, assim, o paciente poderá ser assistido no tocante às suas necessidades, por meio dos diagnósticos, prescrições e cuidados direcionados

à ele. Além disso, a execução e documentação de todas as etapas permite que o enfermeiro fique resguardado na sua prática profissional, possibilitando a continuidade do trabalho, aprimoramento da assistência prestada e garantia de que o paciente foi alcançado da melhor forma pelo enfermeiro.

## 6.2 ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

A segunda etapa do processo de avaliação da qualidade dos registros de enfermagem à luz do processo de enfermagem foi realizada por meio da análise de anotações de enfermagem realizadas no prontuário dos pacientes que passaram pela Clínica Médica e que receberam alta no período de janeiro a junho.

**TABELA 1 – QUANTITATIVO DE PRONTUÁRIOS ESCOLHIDOS POR MÊS**

CLÍNICA MÉDICA					
MESES	ALA B	ALA C	ALA D	ALA E	TOTAL
<b>JANEIRO</b>	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	
<b>FEVEREIRO</b>	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	
<b>MARÇO</b>	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	
<b>ABRIL</b>	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	
<b>MAIO</b>	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	
<b>JUNHO</b>	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	4 prontuários	
<b>TOTAL</b>	24	24	24	24	96

As anotações de enfermagem foram encontradas em 75 (75%) prontuários. A tabela 4 apresenta a síntese das anotações realizadas nesse período. Foram utilizados, como critérios de avaliação: 1- não se aplica; 2- completo; 3- incompleto; 4- não preenchido; 5- incorreto (APÊNDICE I).

Para a avaliação das anotações de enfermagem, foram utilizados os mesmos critérios estabelecidos por Carter apud Saupe e Horr (1992). Neles, considera-se uma assistência de enfermagem “desejável” quando o item avaliado alcançar 100% de respostas positivas; assistência de enfermagem “adequada” quando o item avaliado alcançar de 90 a 99% de

respostas positivas; assistência de enfermagem “segura” quando o item avaliado alcançar de 80 a 89% de respostas positivas; assistência de enfermagem “limítrofe” quando o item avaliado alcançar de 71 a 79% de respostas positivas; e assistência de enfermagem “sofrível” quando essa porcentagem estiver inferior a 70% de respostas positivas.

**TABELA2 – RESULTADOS DAS ANÁLISES DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - CAMPINA GRANDE/PB, 2013**

**VARIÁVEIS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

<b>Anotações de enfermagem</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>	<b>Não preenchido</b>	<b>Incorreto</b>
<b>Há dados de identificação</b>	0%	58,6%	34,6%	0%	6,6%
<b>Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão</b>	16%	29,3%	25,3%	22,6%	8%
<b>Há horário e rubrica em cada anotação</b>	5,3%	61,3%	20%	8%	8%
<b>As anotações respondem aos itens da prescrição</b>	26,6%	26,6%	29,3%	18,6%	8%
<b>As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem</b>	14,6%	38,6%	30,6%	13,3%	9,3%
<b>As anotações evidenciam</b>	13,3%	45,3%	13,3%	13,3%	12%

<b>observação de sinais e sintomas</b>					
<b>As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem)</b>	12%	53,3%	12%	18,6%	12%
<b>Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência, alta ou óbito</b>	16%	20%	32%	25,3%	12%
<b>Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios</b>	21,3%	13,3%	26,6%	26,6%	14,6%
<b>Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios</b>	25,3%	16%	22,6%	25,3%	14,6%
<b>Há anotações referentes à intercorrências</b>	18,6%	21,3%	28%	18,6%	16%
<b>Média</b>	16%	34,5%	24,9%	17%	11,01%

De acordo com a análise, percebe-se que as anotações de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro não são preenchidas de forma satisfatória, uma vez que a média de bons resultados não foi alcançada em nenhuma avaliação.

No que se refere aos dados de identificação, verificou-se que apenas 44 das 75 anotações tiveram o histórico preenchido completamente, equivalendo, portanto, ao total sofrível de 58,6%. Além disso, notou-se que 26 anotações foram preenchidas de forma incompleta, e outras 5 de maneira incorreta. Os dados incompletos referiram-se, especialmente, à ausência de preenchimento nos campos de “religião”. Já os dados de identificação incorretos referiram-se ao choque entre a “data de internação” e “data da alta” e os “dias de internação” do paciente.

Esses problemas referentes ao preenchimento dos dados de identificação do paciente já foram detectados no estudo de Cunha e Barros (2005), que apresentou dados de identificação e histórico que deixaram a desejar no seu conteúdo devido à ausência de preenchimento.

Além disso, nesse mesmo estudo, os pesquisadores explicam que os dados de identificação mais preenchidos são os itens que não necessitam de contato com o paciente para serem preenchidos. Tal fato pode estar associado ao gasto de tempo do enfermeiro durante a anamnese do paciente, que, devido à sobrecarga de trabalho, considera mais fácil efetivar o registro de dados de identificação e históricos incompletos.

É importante que essa fase seja vista como indispensável para a assistência de enfermagem, pois, a partir dela, há o direcionamento das outras fases do processo de enfermagem, com a busca de uma oferta de cuidado individualizado, holístico e que atenda às necessidades básicas do indivíduo e da família.

De acordo com o estudo de Costa e Shimizu (2006), as anotações objetivam a comunicação das informações acerca das condições clínicas dos pacientes entre os membros da equipe de saúde, e, no hospital-escola geral e de grande porte do Distrito Federal estudado pela pesquisa, os enfermeiros citaram que são feitas a realização de passagem de plantão, anotações e evoluções de enfermagem, leitura de prontuário e relatório de enfermagem e troca de informações com a equipe de saúde devido à falta ou esporadicidade das passagens de plantão.

Sendo assim, os enfermeiros da instituição utilizam esses meios para obter dados sobre os pacientes, com o intuito de desenvolver o seu trabalho, o que demonstra a necessidade de passagem de plantão sistematizada e regular.

Entretanto, mesmo sendo este um meio indispensável para a continuidade da assistência e troca de informações entre a equipe de enfermagem, analisando-se as anotações descritivas em cada plantão do Hospital Universitário Alcides Carneiro, percebeu-se que em apenas 22 anotações de enfermagem efetivou-se essa prática, mostrando a realização de passagem de plantão, controle de materiais, leitura de prontuários e relatórios de enfermagem, entre outros.

Foram ainda realizadas 19 anotações descritivas de forma incompleta e 8 de forma incorreta. Além disso, 17 anotações descritivas não foram preenchidas, e em 6 delas os dados não foram aplicados. Com isso, conclui-se que houve um registro sofrível de anotações de enfermagem, em cada turno, referente às condições gerais do paciente.

No que se refere à exigência de se ter horário e rubrica em cada anotação, constatou-se que, das 75 anotações de enfermagem, 47 tiveram o registro desses dados corretamente. Em 14 delas, esses dados ficaram incompletos, em 5 não foram preenchidos, em 5 estiveram incorretos e em 4 esses dados não foram aplicados. É oportuno destacar que as anotações que consideradas insatisfatórias não continham o horário em que foram realizadas, mas todas elas possuíam a rubrica do profissional que as executaram.

A ausência de registro do horário acarreta em desconhecimento do início ou do final do plantão, além de não mostrar as alterações que o paciente apresentou no decorrer deste período. Além disso, a falta de registro do nome e do carimbo do enfermeiro e do técnico de enfermagem que prestaram atendimento impede que ocorra a identificação dos profissionais, acarretando em dúvidas e questionamentos subsequentes ao atendimento (SALEH, 2007).

Quanto ao item respostas das anotações frente aos itens de prescrição, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2004), a prescrição de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que deve direcionar e coordenar a assistência ao paciente de forma individualizada e contínua.

Evidenciou-se nessa pesquisa que apenas 20 anotações de enfermagem responderam aos itens de prescrição de enfermagem, observação de sinais e sintomas, alteração do estado

do paciente, aspecto das lesões e alterações do exame físico, entre outros. Em 22 anotações de enfermagem, os itens de prescrição ficaram incompletos; em 14, os mesmos não foram preenchidos; em 6 deles, houve erro de registro; e em 20 deles, não houve nenhuma aplicação da prescrição. Dessa maneira, constatou-se que o registro dos itens de prescrição não atingiram bons níveis, ou seja, são sofríveis.

De acordo com o estudo de Thomaz e Guidardello (2002), existem várias dificuldades na operacionalização da assistência de enfermagem em um hospital escola, tais como: problemas na realização do exame físico de acordo com as normas definidas na instituição; no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem; no cumprimento da prescrição de enfermagem pela própria equipe e pela falta de tempo, de conscientização e de preparo da equipe para implementar a prescrição de enfermagem.

No tocante às prestações de cuidados de enfermagem, constatou-se que em 29 anotações de enfermagem houve clareza, concisão e relato da execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade. Em 23 delas, esse registro foi feito de forma incompleta; em 10, os dados não foram preenchidos; em 7 foram realizados de forma incorreta; e em 11, os dados não serviram para aplicação. É importante destacar que as anotações consideradas incorretas nesse item deveram-se à escrita inadequada, tanto no que se refere à caligrafia quanto à morfossintaxe das palavras, ou apresentando-se com rasuras; anotações com presença de falhas como ilegibilidade; utilização de terminologia incorreta e de siglas não padronizadas e sem referência em algum local do prontuário.

No estudo de Oshoa-Vigo et al. (2001), onde foram analisadas as anotações de enfermagem em uma Unidade Especializada, constatou-se que os enfermeiros possuem maior habilidade para efetivar uma caligrafia adequada em suas anotações, se comparados aos auxiliares e atendentes de enfermagem. Essa habilidade na escrita pode estar relacionada à própria aptidão individual bem como ao embasamento científico do enfermeiro, os quais relacionam-se diretamente com o desenvolvimento intelectual que o indivíduo possui.

De acordo com os pesquisadores supracitados, é importante que haja a concepção de que os registros feitos nos prontuários constituem documentos de grande valia para pesquisas, ensino, auditorias, avaliação do cuidado e ainda, questões legais. Sendo assim, qualquer anotação de enfermagem no prontuário do paciente deve ser coerente, clara, concisa e denotar apenas a veracidade de informações.

Além disso, Oshoa-Vigo et al (2001) ressaltam que as rasuras ou alterações nos registros desfavorecem a legibilidade das anotações de enfermagem, devido à suspeita de tentativa deliberada de ocultar as informações e fraude. O enfermeiro deve estar atento às suas obrigações e responsabilidades legais junto ao paciente, analisando, 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.

É imprescindível que todo registro efetuado no prontuário do paciente seja escrito com letra adequada, se possível de forma impressa, pois sua ilegibilidade conduzirá facilmente a uma má interpretação e, conseqüentemente, poderá comprometer a assistência oportuna e adequada do paciente.

Quanto ao item “observação de sinais e sintomas”, evidenciou-se que em 34 anotações de enfermagem esse dado foi preenchido completamente; em 10 anotações, houve o preenchimento incompleto de informações; em 10, o item não foi preenchido; em 9, os dados estavam incorretos; e em 10 anotações de enfermagem não puderam ser aplicados.

Apesar do preenchimento completo ter se mostrado razoável na análise das anotações de enfermagem, o item também não atingiu bons níveis, mostrando-se, portanto, sofrível. É necessário que as anotações de enfermagem, além de responder ao item de identificação dos sinais e sintomas, relatem outras observações referentes ao paciente.

De acordo com a análise das anotações, percebeu-se que as principais avaliações do enfermeiro estavam relacionadas à evolução da doença do paciente; contudo, se mostraram insuficientes. As observações de enfermagem foram realizadas, em sua maioria, pelos técnicos 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.

Segundo Venturini e Marcon (2008), os profissionais devem se preocupar não apenas em relatar os sinais e sintomas dos pacientes, mas também registrar as intervenções que foram executadas para controlar os mesmos e a evolução após a implementação das ações, ou seja, a evolução do processo saúde/doença do paciente, se houve algum resultado positivo, sempre buscando otimizar seus cuidados por meio de uma relação de continuidade.

Dessa maneira, conclui-se que os enfermeiros não estão registrando informações importantes a respeito dos sinais e sintomas do paciente, o que pode refletir uma lacuna no cuidado prestado pela enfermagem, especialmente no tocante à realização da anamnese e do exame físico, os quais configuram-se como meios imprescindíveis para descoberta de informações relevantes do paciente. Esta situação é preocupante, e deve instigar os enfermeiros a reverem quais as causas determinantes dessas falhas nos registros e quais medidas devem ser tomadas para otimizá-los.

No que se refere às indicações de quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem), observou-se que em 40 anotações de enfermagem esses dados foram preenchidos completamente, ou seja, cada item de prescrição possuía rubrica indicando a categoria profissional do indivíduo que realizou o cuidado e carimbo de identificação do profissional; em 9, foram preenchidos de forma incompleta; em 14, não foram preenchidos; em 9, os dados mostraram-se incorretos; e em 9 anotações de enfermagem, os dados não foram aplicados.

É importante destacar que todas as anotações apresentaram rubricas, mas nem todas apontavam a categoria profissional do responsável pelo registro da informação, estando, portanto, sofríveis quanto à identificação do profissional que efetivou o cuidado, embora na Resolução COFEN N° 311/2007, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem afirme que é direito, dever e responsabilidade do enfermeiro registrar informações inerentes ao indivíduo, no prontuário e na documentação de enfermagem. Constatou-se, portanto, que as assinaturas não estão sendo realizadas, em sua totalidade, de forma legível e clara, contrariando um dos requisitos básicos para os registros.

Labbadia e Adami (2004) apontam que os registros de enfermagem são um ponto pouco observado no processo de assistência dessa profissão, e que não são realizados de forma efetiva e eficaz em muitas instituições de saúde. Além disso, enfatizaram que a carência de carimbos, relato de hora de início e término, falta de assinatura ou a falta de relato na evolução de enfermagem acarretam em glosa hospitalar.

No tocante às anotações descritivas de admissão, transferência, alta ou óbito, constatou-se que em 15 anotações de enfermagem haviam dados completos referentes à admissão, transferência, alta ou óbito do paciente, elaboradas pela(o) enfermeira(o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Nelas, estavam explícitas as informações referentes às alterações

detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc., e a programação e/ou agendamento do exame, cirurgias ou outros procedimentos.

Entretanto, os níveis são considerados sofríveis, uma vez que 24 anotações mostraram-se incompletas quanto a esse item; 19 delas não foram preenchidas; 9 estavam incorretas; e em 12 delas não houve aplicação dos dados.

No estudo de Pedrosa, Souza e Monteiro (2011), os enfermeiros da instituição estudada detiam-se a fazer admissão do paciente, sem contudo realizar nenhuma evolução após o ato; além disso, apontaram que os registros são raros nas enfermarias, salvo em situações de maior gravidade, como a assistência em uma urgência ou mesmo um óbito. Isso mostra que os registros dos enfermeiros são deficientes e não estão inseridos na sua prática como profissional. Tal fato também pôde ser constatado nessa pesquisa.

De acordo com o estudo de Cunha e Barros (2008), realizado em um hospital privado de médio porte da cidade de São Paulo, constatou-se que em duas das unidades de internação avaliadas, as evoluções de alta estavam ausentes em todos os prontuários verificados; já na outra unidade avaliada, apenas uma evolução de alta foi encontrada entre as 106 evoluções de enfermagem.

Um outro estudo realizado por D'Innocenzo e Adami (2004) em unidades de internação de clínica médica de hospitais gerais de ensino públicos e privados de grande porte em São Paulo, constatou-se que nas unidades de dois hospitais havia escassez ou inexistência de dados registrados quanto às condições de alta dos pacientes que estiveram internados nestas unidades e, também, quanto às orientações dadas aos pacientes e familiares.

Destaca-se, portanto, que a ausência de registros de alta pode estar relacionada ao fato da equipe deixar para efetivá-los quando houver a saída do paciente do hospital, e, devido às diversas atribuições que o enfermeiro tem no hospital, o prontuário acaba sendo recolhido sem o preenchimento dessa informação.

Quanto ao item “anotações referentes aos cuidados pré-operatórios”, observou-se que em 10 delas haviam anotações de enfermagem completas referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de, aproximadamente, 18 horas ou conforme indicação cirúrgica. Em 20 delas, estes dados estavam incompletos; em outras 20, os dados não foram

preenchidos; em 9, os dados estavam incorretos; e em 9, não houve aplicação dos dados. Sendo assim, o preenchimento deste item foi avaliado como sofrível.

Na pesquisa realizada por Sentone (2005) apud Venturini e Marcon (2008) no Hospital Universitário de Londrina, constatou-se que, em quase metade dos prontuários analisados, as prescrições de pré-operatório não eram preenchidas adequadamente. Tal fato foi associado à dura realidade dos hospitais universitários, os quais enfrentam dificuldades de superlotação de pacientes em unidades de pronto-socorro e elevado número de cirurgias de urgência/emergência e até surgir uma vaga na clínica cirúrgica. Estes dois fatores dificultam o preenchimento da prescrição de pré-operatório na instituição pesquisada. Contudo, foi frizado que não se pode justificar a não realização ou ausência de informações sobre as condições do paciente em seu prontuário.

Já durante a avaliação sobre as anotações referentes aos cuidados pós-operatórios, percebeu-se que 12 delas houve o preenchimento completo dos cuidados pós-operatórios conforme a necessidade do paciente. Em 17 anotações, os dados estavam incompletos; em 19, os dados não foram preenchidos; em 11, os dados estavam incorretos; e em 19 anotações não houve aplicação de dados.

A deficiência de registros referentes aos cuidados pré e pós-operatórios relacionam-se com o própria escolha do local dessa pesquisa, ou seja, Clínica Médica. Os pacientes em cuidados pré e pós-operatórios concentram-se especialmente na Ala A (Clínica Cirúrgica), não abordada, portanto, nessa pesquisa.

Foram ainda analisadas as anotações de enfermagem referentes às intercorrências. Em 16 anotações de enfermagem foi possível encontrar o registro desses dados de forma completa, contemplando as intercorrências durante a internação e/ou relato da ação tomada para sanar o problema; em 21, houve o registro incompleto de informações; em 14, os dados não foram preenchidos; em 12, houve o registro incorreto de informações; e em 14 anotações de enfermagem os dados não foram aplicados.

Segundo Pavanati e Erdmann (2006), as intercorrências vivenciadas no setor de Clínica Médica são inúmeras e de várias naturezas. Podem estar relacionadas com pacientes, membros da equipe multidisciplinar, ou com visitantes ou acompanhantes dos pacientes internados. Analisando-se o estudo, portanto, percebe-se que as intercorrências relacionadas com o preparo ou acompanhamento de pacientes a exames complementares são extremamente

frisadas, uma vez que elas são as únicas que necessitam da saída de funcionários do setor, os quais, além de ausentarem-se, colocam os seus pacientes sob a responsabilidade de outros funcionários.

Em contrapartida, funcionários que não necessitam sair dos seus setores, além de cumprirem sua rotina, podem contribuir para que os demais terminem suas atividades laborais rapidamente.

Por fim, é oportuno destacar que grande parte das anotações são realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem; sendo assim, é de extrema importância que os enfermeiros supervisionem essa prática, investindo em treinamentos para otimizar o preenchimento e a qualidade dos registros.

A abordagem desse ponto foi realizada em um estudo de Angerami, Mendes e Pedrazzani (1976), que destacaram que o enfermeiro, no papel de líder da equipe de enfermagem, deve valorizar as anotações de enfermagem e supervisionar esta tarefa quando realizada por outros técnicos e auxiliares de enfermagem, complementando-as, quando necessário.

## 7 CONCLUSÃO

A fim de atender ao anseio de investigar a qualidade dos registros de enfermagem, este estudo viabilizou momentos frutuosos com ascensão de ideias, mas também muitas limitações no tocante à análise dos prontuários compilados, e, visando aperfeiçoar a sistematização da assistência de enfermagem, foi possível refletir propostas que possam auxiliar este processo.

Nos artigos levantados por essa pesquisa, percebeu-se que os registros de enfermagem são imprescindíveis para a continuidade do cuidado oferecido ao paciente, visando melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

Entretanto, para que os mesmos possam relatar fidedignamente o estado do paciente e as ações de enfermagem voltadas para o atendimento das suas necessidades, é de extrema importância que o enfermeiro utilize um método que oportunize sua metodologia de trabalho. Nesse contexto, surge o processo de enfermagem (PE), instrumento indispensável para a prática deste profissional.

O PE, para ser viabilizado, deve ser documentado em prontuário por meio do registro de suas fases. Com isso, o enfermeiro será resguardado em sua prática profissional, uma vez que sua real postura será refletida e assumida.

O PE é, portanto, um método eficiente para o atendimento do indivíduo receptor de cuidados e também para a avaliação do trabalho profissional, uma vez que permite o planejamento, a orientação e a execução das ações.

Uma maneira de contornar a situação crítica dos registros no Hospital Universitário Alcides Carneiro seria por meio da busca de documentações sem quaisquer erros. Embora pareça utopia, essa pretensão poderá orientar e motivar toda ação da equipe de enfermagem, que, valendo-se, do desejo de otimizar sua prática profissional, aprimorará e valorizará seus recursos.

Essa preocupação com a documentação correta por parte da enfermagem deveria ser constante na instituição abordada por esse estudo, principalmente pelo fato do campo ser um hospital universitário, entendendo-se, com isso, ser este um espaço que contribui na formação acadêmica dos enfermeiros. Dessa forma, acontece o paradoxo entre ensino e prática de trabalho nas instituições, gerando inseguranças e descrédito nos discentes, uma vez que na

universidade utiliza-se uma teoria idealizada, enquanto os serviços onde realizam suas aprendizagens práticas não atendem a essas expectativas.

Assim sendo, aponta-se a necessidade de implementar, no Hospital Universitário Alcides Carneiro, um modelo de assistência de enfermagem que ofereça aos alunos e profissionais de enfermagem a capacidade de aprender e utilizar uma assistência integral, individualizada e sistemática, e, ao paciente, um atendimento de enfermagem qualificado.

Além disso, vê-se como viável a implementação das listas de diagnósticos e prescrições em todas as alas da Clínica Médica, e não apenas na Ala B (respiratória), como foi observado no estudo. Também se interpreta a possibilidade da elaboração de protocolos assistenciais visando o arrolamento de diagnósticos e prescrições mais comuns na Clínica Médica.

Outra sugestão que pode ser implementada é o investimento em educação continuada aos enfermeiros no tocante à implementação das fases do processo de trabalho em enfermagem, pois o processo de enfermagem se faz necessário no cotidiano do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem, uma vez que, além de garantir uma assistência com qualidade ao paciente, também promove o aperfeiçoamento profissional e, conseqüentemente, define melhor o papel do enfermeiro na equipe de saúde.

Dessa maneira, pode-se concluir que a implementação um processo de trabalho num serviço de enfermagem, por meio de um modelo teórico, é de difícil aceitação e execução. As dificuldades que o enfermeiro enfrenta estando vinculado a um hospital universitário são grandes e apenas poderão ser contornadas por meio de muito esforço, superação e boa vontade em praticar a enfermagem de forma plena e comprometida.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 3, June 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=en&nrm=iso)>.

ANGERAMI, E. L.; MENDES, I. A. C.; PEDRAZZANI, I. C. Análise crítica das anotações de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 29, n. 4, p. 28-37, out-dez. 1976.

ASSUNÇÃO, R.C. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em um hospital escola do Paraná. Ribeirão Preto, 2005. 112p. : il. ; 30 cm. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-20062005-101556/pt-br.php>.

AYALA, V. H. Realidad de la aplicación del PE. Argentina. Disponível em: [www.cuidaseek.com/protocolos/pael.htm](http://www.cuidaseek.com/protocolos/pael.htm). Acesso em: 30 de junho de 2013.

BACHION, M. M. Metodologia da assistência na evolução da enfermagem. Goiânia: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 1996.

BAPTISTA, M. C.; COAN, T. C. M.; TELLES, S. C. R.; SANTOS, N. C. Evolução de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Nabuki MH, organizadores. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone; p. 165-83. 2001.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BENKO, M. A; CASTILHO, V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, organizadora. Processo de enfermagem na prática. São Paulo (SP): Ática; 1989.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 1, Feb. 1996 .

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101996000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de agosto de 2013.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP. Documentos Básicos de Enfermagem, principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. 2001.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.498, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: [http://www.mp.pe.gov.br/procuradoria/caops/caop\\_infancia/dec\\_lei2848.htm](http://www.mp.pe.gov.br/procuradoria/caops/caop_infancia/dec_lei2848.htm). Acesso em: 01 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Auditoria do SUS; orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 312 de 02 de maio de 2002 – “Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar”.

CARVALHO, E. C. de.; ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M.. F. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza, Rede de Enfermagem do Nordeste, p. 65-85,. 1998.

CARPENITTO, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8ª.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 161/93: Código de Ética dos profissionais de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. Documento básico de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993, p. 103-15.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007. DISPÕE SOBRE O CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: COFEN; 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 272, de 27 de agosto de 2002: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 293, de 21 de setembro de 2004. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/resoluca/293-2004.htm>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 1.638/02: Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), Ministério da Saúde. Resolução 466/12. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. Ver Esc Enferm USP. 2006; 40(3):418-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a14.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2013.

CRUZ, D. A. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação da saúde. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v.21, n. esp, p. 68-76, jun. 1987.

CUNHA, S. M. B; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005; 58(5):568-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>. Acesso em 8 de agosto de 2013.

DALRI, M. B.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Aspectos éticos e legais das anotações dos procedimentos de doação de órgãos para transplante. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v.33, n. 3, p. 224-230, set. 1999.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS – Brasília, 2011. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS\\_14x21cm.pdf](http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf).

DIAS, D. C. Análise das evoluções de enfermagem segundo o referencial teórico de Horta e os sistemas Weed. 1998. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.

D'INNOCENZO, M. et al. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinar. 2006.

D'INNOCENZO, M; ADAMI, N. P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais ensino e universitários. Acta Paul Enferm; 17(4): 383-91. 2004.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington (DC): OPAS; p. 382-404.1992.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.1980.

DU GAS, B. W. A arte de registrar. In: \_\_\_\_\_. Enfermagem Prática. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

FARIAS, F. A. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem: como os enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

FÁVERO, N. et al. A importância da comunicação como um documento administrativo: especial referência à anotação de enfermagem. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, v. 31, n.1/2, p. 4-7, jan./fev. 1983.

FELIX, D. Critérios para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem por meio das anotações em prontuários. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade São Francisco, Bragança Paulista. 2006.

FERREIRA, Tânia S et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. Aquichán, Bogotá, v. 9, n. 1, Jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a04.pdf>.

FOSCHIERA, Franciele; VIERA, Cláudia Silveira. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p.189-198, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br).

FRANCISCO, M. T. R. Auditoria em enfermagem: padrões, critérios de avaliação e instrumentos. 3ª ed. São Paulo: Cedas. 1993.

GALANTE, C. A. Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem. Goiânia: AB. 2005.

GONÇALVES, V. L. M. Anotações em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. Sistema de Assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. P. 221-236.

GORDON, M. Nursing Diagnoses: state of the art. In: Anais do 1º Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem; 1995 out 20- 22; São Paulo(SP), Brasil. São Paulo (SP): EEUSP-SP; p. 88. 1995.

GUTIERREZ, B. A. O.; LOPES, A.L.; CRUZ, D. A. L. M.; SOUZA. T. T. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM. IN: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M. H. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone; 1999.

GUTIÉRREZ, M. G. R. Necessidades e praticabilidade atribuídas à metodologia do Processo de Enfermagem proposto por Horta. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1981.

GUTIERREZ, R. E. Propuesta para aproximar el proceso de enfermería a un marco de referencia del cuidado. Grupo del Cuidado, em Dimensiones des Cuidado. Editorial Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 1998.

HADDAD, M. C. L. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2004.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

KOZIER, B. Enfermería Fundamental, Conceptos y temas em la Práctica de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill, 1993.

KURCGANT, P. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm.;29(3):106-24. 1976.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul Enferm.;19(1):88-91. 2006.

JANUNCIO, I. G. Análise das anotações de enfermagem no período perioperatório: subsídios para a continuidade da assistência prestada a pacientes de cirurgia cardíaca. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LABBADIA, L. L.; ADAMI, N. P. AVALIAÇÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. ACTA PAUL ENFERM. 2004; 17(1):55-62.

LOPES, J. B. A prova n direito processual civil. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 1999.

LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Ver Eletrônica Enferm. 9(2):344-61. 2007.

MARRINER-TOMEY. Modelos y Teorias em Enfermería. Madrid: Mosby/Doyma libros, 1994.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisas. São Paulo: Atlas, 1999.

MATSUDA, L.M., CARVALHO, A.R.S., ÉVORA, Y.D.M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. Cienc Cuid Saude 2007;6(Suplem. 2):337-346. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5307/3380>.

MENDES, M. A. BASTOS, M. A. R. Processo de Enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. Revista Brasileira de Enfermagem v. 56, n.3, p. 271-276. 2003.

MEZOMO, J. C. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole. 2001.

MUNCK, S. et al. Prontuário do paciente. In: Munck, S. Textos de apoio em registros de saúde. Rio de Janeiro: FioCruz, 1999.

OGUISSO, T. Implicações éticos-legais no exercício da enfermagem em centro cirúrgico. Enfoque, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 7-10, jun. 1987.

OGUISSO, T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente. 1975. 116 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

OLIVEIRA, V.C., CADETTE, M.M.M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):301-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>.

OSAWA, C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em U.T.I. In: 12 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, p.46-53. 1988.

OSHOA-VIGO, Kattia et al. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(4): 390-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>.

PEDROSA, K. K. A.; SOUSA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O ENFERMEIRO E O REGISTRO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. *Rev Rene, Fortaleza*, 2011 jul/set; 12(3):568-73. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/266/pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2013.

POTTER, P.A., PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Grande tratado de enfermagem prática. São Paulo: Tempo. 1996.

POTTER, P. Guía clínica de enfermería: valoración de la salud. Madrid: Mosby/Dogma libros, 1995.

RAMPAZZO, L. Metodologia de pesquisa. São Paulo: Loyola, 2002.

RIOLINO, Angelina Nagy; KLIUKAS, Gabriela Brunetti Vellego. Relato de experiência de Enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora. *Revista Nursing*, out; 65(6): 35-8. 2003.

SALZANO, S. D. T. Instrumento de comunicação em Enfermagem: estudo da implantação de enfermagem e o modelo de comunicação escrita entre as equipes de enfermagem das unidades cirúrgicas e do centro cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.17, n.3, p. 235-252, dez., 1983.

SANCHEZ, S.; COSTA, E.M.; MACHADO, W.C.A.; SAMPAIO, Y. A. A. Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem - uma proposta alternativa. *Rev Bras Enferm*; 37(3/4):195-204. 1984.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11 n.1, p. 80-87, jan./fev. 2003.

SALEH, C. M. R. Sistematização da assistência de enfermagem no prontoso-corro. In: Calil AM, Patanhos WY. *O enfermeiro e as situações de emergências*. São Paulo: Atheneu; p.45-55. 2007.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; ROTTA, Carmen Silva Gabriel. Abordagem conceitual de métodos e finalidades da auditoria de enfermagem. *Revista RENE*, v. 10, n. 1, p. 124-130, Jan.-Mar. 2009.

SILVA, M. J. P. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, F. G.; TAVARES-NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev bras educ med.*; 31:113-26. 2007.

SIVIERO, I. M. P. S.; TOLEDO, V. P.; FRANCO, D. A. S. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. *Revista de Enfermagem*, UERJ, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 90-93. 2002.

TIMÓTEO, R. P.; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, n.4, p. 358-360. 2003.

THOMAS, V. A.; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem

TRONCHIN, D. M. R; MELEIRO, M. M.; TAKAHASHI. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de Enfermagem. In: KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R; FUGULIN, F. M. T; PERES, H. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNADENS, M. F. P. et al. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 75-88. 2010.

VENTURINI, D. A.; MATSUDA, L. M., WAIDMAN, M. A. P. Produção científica brasileira sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Ci Cuidado Saúde*. 2009;

8(4):707-715. Carpenito M, Lynda J. Manual de diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2008.

VENTURINI, D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev Bras Enferm.;61(5):570-7. 2008.

# APÊNDICE

## APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### \*FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Título do Estudo: Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários à luz do processo de Enfermagem

Pesquisadores: Julianna Soares Garcia e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Dantas Farias de Andrade

Iniciais do nome \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Enf./Leito \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grau de dependência \_\_\_\_\_

Religião \_\_\_\_\_ Data da internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dias de internação \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Avaliador \_\_\_\_\_

Critérios de avaliação: 1- não se aplica 2- completo 3- incompleto 4- não preenchido  
5- incorreto

<b>Anotações de enfermagem</b>	<b>Critérios de Preenchimento</b>	
Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão.	Deve haver em cada turno pelo menos uma anotação de enfermagem, referente às condições gerais do paciente.	
Há horário e rubrica em cada anotação.	Cada anotação de enfermagem (por turno e intercorrência) contém o horário em que foi realizada, assim como a rubrica do	

	profissional que a executou.	
As anotações respondem aos itens da prescrição?	As anotações de enfermagem respondem aos itens da prescrição de enfermagem, observação de sinais e sintomas, alterações do estado do paciente, aspecto das lesões e alterações do exame físico, entre outros.	
As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem.	As anotações de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade.	
As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas.	As anotações de enfermagem além de responder ao item de identificação dos sinais e sintomas, também relatam outras observações referentes ao paciente.	
As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem)	Cada item da prescrição de enfermagem possui rubrica indicando a categoria profissional do individuo que realizou o cuidado. Há carimbo de identificação do profissional.	
Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência, alta ou óbito.	Há anotação de enfermagem referente à admissão, transferência, alta ou óbito do paciente, elaborado pela(o) enfermeira(o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Devem estar explícitas as informações referentes às alterações detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc., e programação e/ou agendamento do exame, cirurgias ou outros procedimentos.	
Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de aproximadamente 18 horas ou conforme indicação cirúrgica.	
Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pós-operatórios conforme	

	necessidade do paciente.	
Há anotações referentes à intercorrências	Existem anotações ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e/ou relato da ação tomada para sanar este problema.	

\*Fonte: Adaptado de Haddad (2004)

## ANEXOS

ANEXO I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR  
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Título do Estudo: Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários à luz do processo de enfermagem

Eu, **Luciana Farias Dantas de Andrade**, Enfermeira, Doutora em Psicologia, Professora efetiva do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, portadora do RG: 2504778, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 8 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável

## ANEXO II



### TERMO INSTITUCIONAL

Campina Grande, 17 de julho de 2013

Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a instituição autoriza a execução da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários à luz do processo de Enfermagem” desenvolvida pela pesquisadora **Giulianna Soares Garcia**, sob orientação da professora **Luciana Dantas Farias de Andrade** neste serviço.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 4666/2012. Sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para o serviço.

Dra. Berenice Farias  
Diretora Geral  
Matricula SIAPE 16803513

---

Diretor Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro

## ANEXO III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE/ CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta, no seu Programa de Graduação, com o curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Giulianna Soares Garcia, matrícula nº 508220053, RG 3335197, CPF 074.943.124-55, está realizando uma pesquisa intitulada por “Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários à luz do processo de enfermagem”, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos enfermeiros do município de Cuité.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 8 de maio de 2013.

Giulianna S. Garcia

(Orientanda – Pesquisador)

Luciana Dantas Farias de Andrade

(Orientadora – Pesquisadora)

[Assinatura]  
Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande  
Diretor - CES  
Mat. SIAPE 337298

**ANEXO IV**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE = UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITARIO ALCIDES CARNEIRO = HUAC  
SAME E REGISTRO HOSPITALAR

PLANILHA TRIMESTRAL DE MOVIMENTO HOSPITALAR

ALA A = CLINICA CIRURGICA

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	3,35 DIAS	3,11 DIAS	2,95 DIAS	3,14 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	51,32%	37,83%	52,81%	47,32
TAXA DE MORTALIDADE	1,47%	0	0	0,49%
ADMISSÕES	77 PACIENTES	93 PACIENTES	147 PACIENTES	105,66 PACIENTES

ALAS B,C,D,e E = CLINICA MEDICA

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	22+30+24+26= 102 PACIENTE	14+26+34+14= 88 PACIENTES	15+35+33+16= 99 PACIENTES	96,33 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	12,44+17,12+20,00+14,29=18,29	13,13+15,58+13,27+21,62=15,90	11,83+14,97+17,27+18,05=15,53	16,57 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	72,26+79,75+84,89+79,03=78,98	75,00+80,36+78,21+71,68=76,31	68,71+91,94+91,22+79,03=82,72	79,34%
TAXA DE MORTALIDADE	0+0+4,00+0 = 1,00 %	0+0+3,03+15,38 = 4,60%	5,56+2,94+3,03+0 = 2,88 %	2,83%

UTI - ADULTO

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	17 PACIENTES	25 PACIENTES	31 PACIENTES	24,33 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	7,29	7,38	7,33	7,33 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	51,32%	62,34%	64,52%	59,39%
TAXA DE MORTALIDADE	29,17%	50,00%	36,67%	38,61%

PEDIATRIA GERAL E ONCO-PEDIATRA

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	79+23 = 102 PACIENTES	100+22 = 122 PACIENTES	109+32 = 141 PACIENTES	121,67
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	6,48+9,14 = 7,82	4,69+5,64 = 5,17	5,12+6,87 = 6,00	6,33 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	43,64+61,94 = 52,79	45,80+56,43 = 51,12	55,41 + 66,45 = 60,93	54,95%
TAXA DE MORTALIDADE	0+ 6,67 = 3,34	0+7,14 = 3,57	0+4,76 = 2,38	3,10%

UTI - INFANTIL

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	12 PACIENTES	11 PACIENTES	12 PACIENTES	11,67 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	10,42	10,3	12,18	10,96 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	80,65	73,57	86,45	80,22%
TAXA DE MORTALIDADE	16,67	10	18,18	14,95%

UTI - NEONATAL

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	6 PACIENTES	8 PACIENTES	7 PACIENTES	7 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	15,17	9,5	19,5	14,72 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	73,39	67,86	94,35	78,53%
TAXA DE MORTALIDADE	33,33	25	16,67	25,00%

HOSPITAL UNIVERSITARIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

MESES:	JANEIRO=2013	FEVEREIRO=2013	MARÇO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	9,13 DIAS	7,49 DIAS	7,50 DIAS	8,04 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	59,06%	60,34%	70,38%	63,26%
TAXA DE MORTALIDADE	4,75	6,09%	4,27%	5,04%
ADMISSÕES	325 PACIENTES	347 PACIENTES	437 PACIENTES	370 PACIENTES

# ANEXO V



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE = UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITARIO ALCIDES CARNEIRO = HUAC  
SAME E REGISTRO HOSPITALAR

## PLANILHA TRIMESTRAL DE MOVIMENTO HOSPITALAR

### ALA A = CLINICA CIRURGICA

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	2,75 DIAS	2,70 DIAS	3,65 DIAS	3,03 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	51,85%	47,39%	49,54%	49,60%
TAXA DE MORTALIDADE	0,00%	0,00%	0%	0,00%
ADMISSÕES	153 PACIENTES	161 PACIENTES	113 PACIENTES	142,33 PACIENTES

### ALAS B,C,D,e E = CLINICA MEDICA

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	22+35+35+17= 109 PACIENTES	18+43+32+21= 114 PACIENTES	21+34+38+14 = 107 PACIENTES	110 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	11,53+12,72+15,31+9,58=12,28 DIAS	17,00+11,42+17,87+15,95=15,56 DIAS	10,46+15,45+13,20+11,38 = 12,62 DIAS	13,49 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	65,33+84,81+89,33+76,67=79,04 %	93,23+92,11+89,35+73,50=87,05%	90,67+94,44+90,17+56,90= 83 %	83,03%
TAXA DE MORTALIDADE	0+2,78+0+6,25 = 2,26 %	5,88+6,67+6,45+0= 4,75 %	3,85+12,12+9,76+4,76= 7,62 %	4,90%

### UTI - ADULTO

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	25 PACIENTES	41 PACIENTES	24 PACIENTES	30 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	9,58 DIAS	5,74 DIAS	8,24 DIAS	7,85 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	69,70%	72,43%	85,83%	76,00%
TAXA DE MORTALIDADE	58,33%	48,84%	72,00%	59,72%

### UTI - INFANTIL

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	2 PACIENTES	11 PACIENTES	15 PACIENTES	9,33 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	46 DIAS	14,00 DIAS	9,20 DIAS	23 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	92,00%	90,32%	92%	91,44%

TAXA DE MORTALIDADE	66,67%	30,00%	13,33%	36,66%
---------------------	--------	--------	--------	--------

### UTI - NEONATAL

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	8 PACIENTES	4 PACIENTES	10 PACIENTES	7,33 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	9,33 DIAS	19,20 DIAS	4,36 DIAS	11 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	70,00%	77,42%	40,00%	62,50%
TAXA DE MORTALIDADE	11,11%	0,00%	27,27%	12,80%

### PEDIATRIA GERAL E ONCO-PEDIATRA

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
ADMISSÕES	101+27 = 128 PACIENTES	125+32 = 157 PACIENTES	114+17 = 131 PACIENTES	139 PACIENTES
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	6,20 + 10,35 = 8,27 DIAS	5,55 + 6,03 = 5,79 DIAS	5,19+6,42 = 5,80 DIAS	6,62 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	63,55 + 86,77 = 75,16%	62,71 + 63,99 = 63,35 %	65,10+51,33 = 58,22 %	65,58%
TAXA DE MORTALIDADE	0+0=0,00%	0+0 = 0,00%	0+0 = 0,00%	0,00%

### HOSPITAL UNIVERSITARIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

MESES:	ABRIL=2013	MAIO=2013	JUNHO=2013	MEDIA TRIMESTRAL
TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA	7,89 DIAS	7,16 DIAS	7,25 DIAS	7,43 DIAS
TAXA DE OCUPAÇÃO	78,95%	71,68%	70,32%	73,65%
TAXA DE MORTALIDADE	4,50%	6,24%	7,50%	6,08%
ADMISSÕES	383 PACIENTES	425 PACIENTES	375 PACIENTES	395 PACIENTES
TAXA DE REINTERNAÇÃO	10 pacientes = 0,09%	35pac.= 0,08%	26 pac. = 0,07%	0,06%

CAMPINA GRANDE, 04 DE JULHO DE 2013

ROSA NINA DE SOUZA COSTA  
COORDENADORA DA SRH