

## ANOTAÇÕES/REGISTROS DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO PARA A QUALIDADE DO CUIDADO?

*NURSING RECORDS/NOTES: COMMUNICATION INSTRUMENT FOR THE QUALITY OF NURSING CARE?*

*APUNTES/REGISTROS DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO DE COMUNICACIÓN PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO?*

Laura Misue Matsuda<sup>1</sup>, Doris Marli Petry Paulo da Silva<sup>2</sup>, Yolanda Dora Martinez Évora<sup>3</sup>, Jorseli Ângela Henriques Coimbra<sup>4</sup>

**RESUMO:** Estudo do tipo documental que analisou 124 anotações/registros de enfermagem (51 de enfermeiros e 73 de auxiliares de enfermagem). Após cumprir as exigências éticas para a sua realização, levantaram-se os dados através das anotações contidas nos prontuários de clientes internados na UTI-adulto e que posteriormente foram encaminhados para a Clínica Médica ou Cirúrgica. Foram analisados os registros efetuados nos três primeiros dias de internação nos dois setores, utilizando-se de formulário com questões referentes à estrutura e à estética dos mesmos. Os resultados apontaram que 80,4% dos enfermeiros não colocaram a data junto aos registros e 72,5% omitiram a hora. Quanto aos auxiliares de enfermagem, 53,5% não mencionaram a data e 90,4%, anotaram apenas o período correspondente ao turno, mas não a hora. Observou-se também que de um total de 57 rasuras efetuadas pelas duas categorias, a forma de correção prevalente foi à redação sobreposta à(s) palavra(s) errada(s). As presenças de termos generalizados/evasivos e de siglas/abreviaturas que dificultam/impedem a compreensão dos registros foram freqüentes. Os dados indicam que as anotações estudadas não são redigidas de maneira sistemática, e isso pode comprometer a sua funcionalidade e utilidade como instrumento de comunicação e de efetivação da qualidade do cuidado.

**PALAVRAS CHAVE:** Registros de Enfermagem; Comunicação; Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT:** This is a documental type study that analyzed 124 nursing records/notes (51 of registered nurses and 73 of practical nurses). After accomplishing the ethical demands regarding this study, the data was collected from the patients record of the Adult Intensive Care Unit\* and that later were moved out to the Medical or Surgical Unit. It was analyzed the nursing records made in the first three days of the patient internment in this two units, being used a form with questions regarding the structure and the aesthetics of them. The results pointed that 80,4% of the registered nurses didn't put the date close to the nursing care records and 72,5% omitted the hours. Regarding to the practical nurses, 53,5% didn't mention the date and 90,4% noted down just the period corresponding to the shift, but not the

hours. It was also observed that a total of 57 deletions made by the two categories, the prevalent way of correction were to write over the wrong word(s). The presences of general/evasive terms and abbreviations that difficult the understanding of the nursing care records was frequent. The data indicate that the records are not written in a systematic way, and that can commit its functionality and usefulness as communication instrument for the quality of the nursing care.

**KEY WORDS:** Nursing Records; Communication; Quality of Health Care; Nursing Care.

**RESUMEN:** Estudio del tipo documental que analizó 124 apuntes/registros de enfermería (51 de enfermeros y 73 de auxiliares de enfermería). Después de cumplir las exigencias éticas para su realización, se levantó los datos a través de los apuntes contenidos en los prontuarios de clientes internados en UTI-adulto y que posteriormente fueron encaminados para la Clínica Médica o Quirúrgica. Se analizó los registros efectuados en los tres primeros días de internación en los dos sectores, utilizándose de formulario con cuestiones referentes a la estructura y a la estética de los mismos. Los resultados apuntaron que 80,4% de los enfermeros no colocaron la fecha junto a los registros y 72,5% omitieron la hora. Quanto a los auxiliares de enfermería, 53,5% no mencionaron la fecha y 90,4%, apuntaron apenas el período correspondiente al turno, pero no la hora. Se observó también que de un total de 57 tachaduras efectuadas por las dos categorías, la forma de corrección prevalente fue a

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Doutora. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá/PR E-mail: [lmisue@terra.com.br](mailto:lmisue@terra.com.br) ou [lmatsuda@uem.br](mailto:lmatsuda@uem.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Mestre. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá/PR

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Titular. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora Doutora. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá/PR.

la redacción sobrepuesta a la(s) palabra(s) equivocada(s). Las presencias de términos generalizados/evasivos y de siglas/abreviaturas que dificultan/impiden la comprensión de los registros fueron frecuentes. Los datos indican que los apuntes estudiados no son redactados de manera sistemática, y eso puede comprometer su

funcionalidad y utilidad como instrumento de comunicación y de efectivación de la calidad del cuidado.

**PALABRAS CLAVE:** Registros de Enfermería; Comunicación; Calidad de la Atención de Salud; Atención de enfermería.

## INTRODUÇÃO

Registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros).

A comunicação representa uma troca de informação e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal (OLIVEIRA et al., 2005).

De acordo com Stefanelli *apud* OLIVEIRA et al. (2005, p. 55):

“a comunicação deve ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que essas mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas e provocam mudanças no ambiente em que a comunicação é efetivada”.

No ambiente hospitalar, existe uma constante troca de informações e experiências entre as pessoas. Portanto, se houver domínio da comunicação como instrumento facilitador da assistência, as necessidades dos pacientes serão mais observadas, compreendidas e atendidas pelos profissionais de saúde (DOBRO et al. 1998).

De acordo com ZOEHLER & LIMA (2000), considerando que várias equipes são envolvidas na assistência ao cliente, a comunicação e as informações entre os profissionais de saúde sobre os pacientes, são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado. Diante desta necessidade, a equipe de enfermagem instituiu os registros e as anotações de enfermagem, bem como a passagem de plantão, meio de comunicação verbal, para a transmissão de informações sobre os pacientes de um turno para outro.

No contexto deste estudo, a Evolução de Enfermagem\*, parte integrante do método que sistematiza a assistência de enfermagem, que é realizada exclusivamente por enfermeiros, também será incluída na modalidade de registro a ser enfocada.

De acordo com POTTER & PERRY (1999, p. 166) “O registro é um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente”. Ainda segundo essas autoras, nos Estados Unidos da América, os registros têm se tornado num dos temas mais desafiadores na enfermagem, pois denota a qualidade do cuidado prestado e subsidia os financiamentos e reembolsos pelas instituições seguradoras.

No Brasil, sabe-se que os registros de enfermagem ainda não são considerados de maneira significativa no que tange a pagamentos na assistência à saúde, entretanto é um importante instrumento que pode e deve ser consultado em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado.

OCHOA-VIGO et al. (2003) em referência aos registros pertinentes ao Processo de Enfermagem (PE), tecem o seguinte comentário:

“Nos países em desenvolvimento, essa documentação geralmente está representada pelos registros ou as anotações de enfermagem, e alguns autores referem que elas constituem um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o paciente, facilitando a coordenação e a continuidade do planejamento de saúde” (OCHOA-VIGO et al., 2003, p.185).

De acordo com o COREN/PR *apud* MAZZA et al. (2001, p. 141), “O profissional auxiliar ou o técnico de enfermagem são responsáveis pela execução dos registros dos clientes que estão sob seus cuidados” acrescenta ainda que “ao enfermeiro também compete executar as anotações de enfermagem quando pertinente”. Percebe-se que a legislação não estabelece a obrigatoriedade do enfermeiro em

\* Na instituição estudada, a Evolução de Enfermagem se refere aos registros/anotações efetuados por enfermeiros e o Relatório de Enfermagem, se refere àqueles realizados por Auxiliares de Enfermagem.

efetuar anotações, o que de certo modo oferece espaço para que esse compromisso por parte dos profissionais não seja tão rigoroso.

A afirmação anterior pode ser observada no prontuário do cliente, visto que, em termos de frequência, a maioria das anotações de enfermagem é efetuada pelos profissionais de nível médio (Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem).

Ao se referir ao prontuário do paciente e aos registros relacionados a ele, DU GAS (1988, p. 137) enfatiza que o prontuário consiste numa "... forma de comunicação entre aqueles cujos talentos profissionais são dirigidos no sentido da sua assistência ao paciente".

As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da enfermagem e mediante o fato enunciado por SANTOS et al. (2003) de que 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela enfermagem, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário do cliente.

A adequação das anotações, embora seja de difícil definição, pode ser entendida como o registro exato ou aquele que mais se aproxima da realidade em que o fato ocorreu e/ou foi percebido.

Apesar de há muito as anotações realizadas pelos diversos membros da equipe ser alvo de estudos e de críticas como aqueles realizados por ANGERAMI et al. (1976) e FERNANDES et al. (1981), ainda hoje é possível observar que as mesmas (as anotações) não têm correspondido com as orientações/determinações enunciadas na literatura.

Não obstante a falta de infra-estrutura adequada à atuação do profissional da enfermagem em muitas instituições, associada à demanda crescente por serviços de saúde, o cumprimento de alguns quesitos inerentes aos padrões de qualidade do cuidado devem ser almejados.

Do ponto de vista gerencial/administrativo, outra área inerente à atuação do enfermeiro, os registros de enfermagem completos consistem em um dos mais importantes indicadores de qualidade (MATSUDA, 2002; NOVAES & PAGANINI, 1992; KITSON, 1986). Nesse âmbito, com o propósito de planejar, executar e avaliar continuamente a atuação da sua equipe e do cuidado por ela prestado, o gerente ou líder deve pautar a sua atuação em dados e fatos que, na maioria das vezes, são extraídos dos registros no prontuário do cliente.

Ao sugerir medidas para uma documentação efetiva na enfermagem, MARTIN (1994, p. 63) e DANIEL (1981, p. 92) respectivamente enunciam: "pouca documentação sugere má prática na enfermagem", "Informação não registrada é informação perdida".

No cotidiano hospitalar, observa-se que as anotações de enfermagem carecem de

sistematização tanto em termos de apresentação (estética da redação), estrutura e de conteúdo. Assim, a absoluta maioria das informações se limita ao registro de dados apresentados pelo cliente.

A estrutura (aqui entendida como a presença de dados que identifica o profissional que efetuou o registro, o momento e a seqüência lógica dos dados), também se mostra deficitária.

Quanto ao conteúdo (objetividade, clareza, referência a algum fato ou alguma atividade ligada ou não diretamente ao cliente, erros de grafia e uso de siglas e abreviações), também não correspondem com as necessidades apontadas na literatura.

Com o intuito de fornecer subsídios para futuras discussões e reflexões acerca dos registros de enfermagem na promoção da qualidade e da efetividade do cuidado é que se propôs a realização deste estudo, o qual objetiva analisar as anotações/registros efetuadas pela equipe de enfermagem de um hospital-escola.

## MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa documental, realizada por meio da análise das Anotações/Evoluções contidas no prontuário do paciente, efetuadas por Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI-adulto), da Clínica Médica e da Clínica Cirúrgica de um hospital-escola, de médio porte do interior paranaense.

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2004 após a análise do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (COPEP), de uma universidade pública.

A validade de aparência do instrumento de coleta de dados, composto por duas partes, foi realizada por dois enfermeiros assistenciais e dois docentes do curso de graduação em enfermagem.

A amostra constituiu-se de cinco prontuários sorteados, aleatoriamente, extraídos a partir da listagem de todos os clientes internados na UTI-adulto que, posteriormente foram encaminhados para a Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica, no período de 1.º de julho de 2002 a 30 de junho de 2003.

Foram compiladas e analisadas 51 Evoluções e 73 Relatórios de Enfermagem, somando-se um total de 124 registros.

Como critério para seleção da amostra, foi considerado os clientes com no mínimo três dias, ou setenta e duas horas de internação no setor, de modo que todas as equipes de todos os turnos pudessem realizar as anotações de um mesmo cliente (na instituição em estudo, os turnos de trabalho para a enfermagem são de 6 horas diurnas e 12/60 horas noturnas).

Para todos os clientes internados (exceto aqueles do Pronto Socorro), a enfermagem executa a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é composta de 3 fases: Histórico de Enfermagem, Prescrição e Evolução. Assim, a

Evolução de Enfermagem, é efetuada exclusivamente por enfermeiros. Já, os Relatórios de Enfermagem são redigidos pelos profissionais de nível médio (Auxiliar de Enfermagem - AE). Vale lembrar que, na UTI, durante um turno/plantão, o cliente deve ter ao menos uma Evolução e um Relatório de Enfermagem. Já, nos setores abertos (neste caso na Clínica Médica e na Cirúrgica), o número exigido de Evolução em vinte e quatro horas é de apenas uma, já os Relatórios, devem ser redigidos a cada plantão.

Os dados foram agrupados por similaridade ou igualdade e, a seguir, contabilizados na forma de frequências e porcentagens.

Para tratamento e análise dos dados, estabeleceu-se como sendo um bloco de registros, a anotação realizada de maneira mais ou menos sistemática, que se iniciava logo após a rubrica e/ou assinatura efetuada ao final de um registro precedente. Na maioria das vezes, esses registros eram iniciados com o horário em que eram redigidos ou com o tempo total do turno de trabalho. Por exemplo, 13:00 às 17:00 h.

Os dados serão apresentados e discutidos conforme a seqüência dos itens enunciados no Instrumento de Coleta de Dados (Anexo 1, colunas 2 a 13).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos cinco clientes investigados, quatro eram do sexo masculino e um do sexo feminino. Quanto à idade, o mais jovem tinha 23 anos e os demais, entre 54 e 79 anos. Sobre o diagnóstico de internação, dois foram internados por traumatismo cranioencefálico (TCE), um por broncopneumonia (BCP), associada com insuficiência respiratória aguda (IRA), e dois, portadores de hipertensão arterial (HA), foram internados por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM) respectivamente.

Conforme consta nas colunas 2 e 3 (Anexo 1), buscou-se saber se na anotação havia data e hora em que o registro foi efetuado. Observou-se que de um total de 51 Evoluções (efetuadas por enfermeiros), 41 (80,4%) não havia data e 37 (72,5%), não continha a hora. Por sua vez, nos registros dos auxiliares de enfermagem (Relatório de Enfermagem), 39 (53,5%) não havia data e 66 (90,4%) não registraram a hora. Vale lembrar que no cabeçalho existente na face anterior do impresso em questão, existe um espaço para o registro da data o que, ao nosso ver, não dispensa o seu registro também na outra face do impresso.

OLIVEIRA et al. (2005, p.55) enfatizam que a comunicação escrita faz “parte das atividades do enfermeiro, porque é empregada em situações como, na entrevista, no exame físico, no planejamento da assistência, nas anotações dos prontuários e nas orientações aos indivíduos, famílias e comunidades”. Mediante a afirmação desses autores, percebe-se a

importância do enfermeiro em compreender e apreender a forma como o processo de comunicação ocorre e dos elementos que o compõe.

Quanto ao horário, apenas 12 (23,5%) enfermeiros registraram este dado e os demais 39 (76,5%), registraram só o período correspondente ao turno de trabalho (p. ex: 07:00h–13:00h, 13:00h–19:00h ou 19:00h–07:00h.). Entre os auxiliares, 7 (9,6%) registraram a hora e os demais, 66 (90,4%), apenas o turno.

No que se refere ao horário dos registros, CASTILHO & CAMPEDELLI (1989, p.62) afirmam: “Toda anotação deve ser precedida de horário, colocando-se a data na primeira anotação do dia”. De acordo com MAZZA et al. (2001, p.142), as anotações devem ser iniciadas “... mencionando corretamente os horários (hora e minutos) da realização de cada procedimento, de forma a evitar ambigüidades...”. Nessa perspectiva, observa-se que as anotações dos profissionais em estudo, por não estarem acompanhadas dos horários, podem dificultar ou inviabilizar a apuração de ações judiciais ou auditorias, perdendo assim o sentido a que serve. Segundo OLIVEIRA et al., (2005, p.55) “a comunicação deve ser considerada dentro do seu contexto de ocorrência, ou seja: onde, como e quando ela ocorre”, para não ser prejudicada, pois na assistência à saúde “ela deve ser planejada para cada interação e adequada a cada paciente”.

Os itens seguintes (colunas 4 e 5) avaliaram a frequência de rasuras e a forma de correção de erros na redação. Nesse quesito os enfermeiros apresentaram 16 rasuras e os auxiliares de enfermagem 41. Observou-se que a maneira mais usual de “correção” desses erros, para ambas as categorias, é a escrita sobre a(s) palavra(s) errada(s) seguida da utilização de produto corretivo. CASTILHO & CAMPEDELLI (1989, p. 62) enfatizam que as anotações de enfermagem consistem em documentos legais, não podendo ser rasurados e que, em caso de erro deve-se usar “digo”, entre vírgulas. Nesse aspecto, MAZZA et al. (2001, p. 142) enunciam: “Rasuras caracterizam alterações de registros feitos”.

Com relação à existência de espaços em branco entre uma anotação e outra (coluna 6), foram constatados três (3) ocorrências por parte dos enfermeiros e quatro (4) entre os auxiliares. Apesar de este ser um dos itens mais enfatizados no ambiente escolar, quando se aborda o tema registros, muitos profissionais desconsideram os riscos que faltas desse tipo podem provocar e, insistem em deixar grandes espaços em branco. Nesse aspecto, MAZZA et al. (2001) ressaltam a importância do aspecto legal dos registros, não sendo permitido, portanto, rasuras nem espaços em branco entre as anotações.

Buscou-se também levantar termos que denotassem algum tipo de comentários/críticas em relação ao cliente (coluna 7). Nesse item observou-se

que seis (6) enfermeiros e cinco (5) auxiliares efetuaram alguma referência a respeito. No contexto da avaliação da qualidade das anotações de enfermagem, OCHOA-VIGO et al. (2003, p.390) mencionam que além da objetividade, as anotações não devem explicitar "... preconceitos, valores, julgamentos ou opinião pessoal".

No que tange a legibilidade (coluna 8), verificou-se que 4 (7,8%) anotações dos enfermeiros e 12 (16,4%) dos auxiliares não cumpriam essa exigência. Nesse sentido, considera-se que a letra legível consiste em um dos principais aspectos a ser considerado em qualquer documentação visto que pode resultar em prejuízos ao cliente, ao profissional e à instituição.

Felizmente, na atualidade, a utilização da informática nos processos de registros tem proporcionado maior segurança e efetividade nos serviços de saúde. Ao falar da utilização desse recurso na documentação de enfermagem, ÉVORA (1995) pontua algumas das vantagens: aumento do número e da qualidade das observações, maior confiabilidade e precisão das mesmas, melhor legibilidade e redução do tempo gasto na escrita. Acresça-se a esses fatores, a facilidade e a rapidez na divulgação ou troca de informações.

Analisando as palavras generalizadas/evasivas contidas nas anotações de enfermagem (coluna 9), tanto de enfermeiros quanto de auxiliares de enfermagem, foi possível agrupá-las em cinco categorias: parâmetros relacionados aos sinais vitais, medidas, queixas/reações do paciente, respostas a procedimentos, características e outros.

Percebe-se que a utilização de termos que possibilitam diferentes interpretações é freqüente como: "discreta taquipnéia"; "levemente hipertenso"; "hiperglicêmico"; "poliúria"; "boa saturação"; "pouco comunicativo" entre outras. Registros desse tipo são muito subjetivos e dependentes da percepção de cada indivíduo, o que pode acarretar em prejuízos ao cliente e à equipe, necessitando, portanto, que sejam acompanhados dos dados observados. Nesse âmbito, MAZZA et al. (2001) sugerem para que se registre as variações da anormalidade.

A presença de siglas/abreviaturas nos registros (coluna 10) foi também investigada. Nesse sentido verificou-se que na instituição não existe padronização de siglas/abreviaturas, permitindo que os profissionais utilizem-nas de maneira indiscriminada. Isso pôde ser constatado através da existência de diferentes abreviaturas com o mesmo significado. Exemplo: AVC (Acidente Vascular Cerebral ou Acesso Venoso Central) e SV (Sonda Vesical ou Sinais Vitais). A utilização de siglas/abreviaturas deve estar circunscrita àquelas padronizadas na literatura e/ou na instituição, conforme atesta OCHOA-VIGO et al. (2003).

No contexto da comunicação para o cuidado emocional do cliente hospitalizado, ORIÁ et al. (2004), salientam que "... a comunicação é o

intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal". Assim, devido à não padronização das siglas e abreviaturas, os registros efetuados pela equipe, certamente resultam em diferentes interpretações, gerando dúvidas e riscos ao cliente, não atuando como meios de comunicação seguros.

No que se refere à existência de dados que identificam o profissional que efetuou o registro (coluna 11), obteve-se que apenas 10 (19,6%) enfermeiros anotaram ou utilizaram carimbo contendo o nome completo, a categoria, o número de registro no Conselho Regional de Enfermagem. 11 (21,5%) colocaram apenas a rubrica ou apelido. Quanto aos auxiliares, dos 73 registros analisados, 47 (64,4%) anotaram somente o primeiro nome e, 23 (31,5%), apenas registraram a rubrica.

De acordo com os dados antes apresentados, a maioria dos profissionais investigados não dispõe das informações necessárias à sua identificação e, em assim sendo, em caso de revisão do prontuário por ações jurídicas, tanto a instituição, quanto os trabalhadores e cliente, possivelmente sofrerão prejuízos.

Na coluna 12, observou-se a freqüência de anotações por turno de trabalho. Nesse item, 72% dos enfermeiros e 68,5% dos auxiliares realizaram apenas um registro. Considera-se que esses dados podem comprometer a qualidade do cuidado visto que os registros não são efetuados no momento ou logo após a realização dos procedimentos ou observação das intercorrências.

Por fim, na coluna 13, procurou-se constatar a presença de erros ortográficos. Nesse sentido, nos registros dos enfermeiros, observou-se a presença de 13 erros. Já nas anotações dos auxiliares houvera 32 erros.

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os principais resultados deste estudo destaca-se que na maioria dos registros efetuados pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da

instituição estudada, não foram mencionadas a data, a hora e a identificação do profissional. A presença de erros, rasuras, letras ilegíveis, palavras generalizadas/vagas e abreviaturas/siglas não padronizadas, que dificultam a leitura e a compreensão das informações também foram freqüentes.

As informações a respeito dos clientes devem ser claras, objetivas, freqüentes e completas de modo que possibilite o monitoramento, a avaliação e o (re) planejamento global e contínuo dos cuidados.

Percebe-se que os registros analisados não refletem a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos pelo cliente e as suas respostas. Nesse sentido, considera-se fundamental que a enfermagem faça maiores investimentos na intenção de solucionar/minimizar os problemas identificados nas anotações, considerando sua importância na melhoria da qualidade do registro das ações de enfermagem. Sugere-se a implementação de programas de orientação e treinamento sistemático dos profissionais que já atuam na prática bem como a busca de estratégias mais eficientes de mobilização dos alunos nos cursos de formação dos enfermeiros, auxiliares e técnicos para o desempenho da tarefa de comunicação, de modo a efetuar registros mais efetivos e que retrate o mais fielmente possível a sua prática.

Os resultados deste estudo apontam que, às anotações/registros efetuadas pela equipe de enfermagem, não fornecem os dados necessários capazes de subsidiar o processo de cuidado ao cliente de maneira global, individualizada e contínua. Desse modo, é possível afirmar que esses registros não consistem em instrumentos sistemáticos de comunicação *da* e *para* a qualidade do cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI, E.S.; MENDES, I.A.C.; PEDRAZZANI, J.C. Análise crítica das anotações de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* v.29, n.1, p.28-37, 1976.
- CASTILHO, V.; CAMPEDELLI, M.C. Observação e registro: subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M.C. (Org.) *Processo de Enfermagem na prática*. São Paulo: Ática. 1989.
- DANIEL, L.F. *A enfermagem planejada*. São Paulo: E.P.U. 1981.
- DOBRO, E.R.H. et al. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal. *Rev. Esc. Enf. USP*. v.32, n.3, p.255-261, 1998.
- DU GAS, B.W. *Enfermagem prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988.
- ÉVORA, Y.D.M. *Processo de informatização em enfermagem: Orientações básicas*. São Paulo: EPU, 1995.
- FERNANDES, R.A.Q. et al. Anotações de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP*. v.15, n.1, p.63-68, 1981.
- KITSON, A.L. Indicators of quality in nursing care: an alternative approach. *Journal of Advanced Nursing*. v.11, n. 2, p.133-144, 1986.
- MARCOLINO, J.S. et al. A importância da comunicação na passagem de plantão e sua interferência no processo de trabalho da equipe de enfermagem. *Arq. Apadec*. v.8, supl., p.777-781, 2004.
- MARTIN, F. Documentation. *Nursing*. v.24, n.6, p.63-64, 1994.
- MATSUDA, L.M. *Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência*. 2002, 244f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MAZZA, V.A. et al. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T.E.; WETPHALEN, M.E.A. (Org.) *Metodologias para a assistência de enfermagem: Teorização, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001.
- NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. *Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe*. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Federação Latino-Americana de Hospitais, Federação Brasileira de Hospitais. 1992.
- OCHOA-VIGO, K.; PACE, A.E.; SANTOS, C.B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem de uma unidade especializada. *Rev. Latino-am Enfermagem*. v.11, n.2, p.184-191, 2003.
- OLIVEIRA, P.S. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [online] 2005. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/original\\_05.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm) [Acesso em 26 de jan. 2007].
- ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. - A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [on line] 2004. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/comunica.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/comunica.htm) [Acesso em 30 de jan. 2007].
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática*. 4 ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. Cap.12, p.166-189.
- SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A. de; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino-am Enfermagem*. v.11, n.1, p.80-87, 2003.
- ZOEHLER, K.G.; LIMA, M.A.D.S. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. v.21, n.2, p.110-124, 2000.

Artigo original recebido em 31.08.2006  
Aprovado para publicação em 29.12.2006

### ANEXO 1 - ANOTAÇÕES/REGISTROS DE ENFERMAGEM - ROTEIRO

N.º do prontuário          Setor:                          Idade:                  Sexo:                  Diag. Médico de base:

Dia de inter./ n.º da anotação do dia	Data S/N	Hora S/N	Rasura(s) Quanto(s)	Forma de correção	Espaço em branco S/N	Comen tário e/ou crítica S/N

(Continuação do Anexo 1)

Letra legível S/N	Palavra generalizada/ Evasiva. Qual?	Abreviatura não padronizada	Inform. ñ relac. diretam. com o cliente S/N	Identificação do profissional	Freq. das anotações por plantão	Erro orto gráfico S/N