



Registro de Enfermagem: as principais falhas cometidas pela equipe

Sigelberto VIDAL DE CASTRO¹, Yeda Maria ANTUNES DE SIQUEIRA²

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a comunicação escrita da equipe de enfermagem sobre pacientes com quadro de esquizofrenia residual nos prontuários e livro de registro de uma unidade psiquiátrica hospitalar.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem em análise documental, desenvolvido em uma instituição hospitalar psiquiátrica da cidade de Barbacena-MG. Os dados foram coletados mediante consulta minuciosa a 10 prontuários e 1 livro de ocorrência. Os pacientes tinham idade entre 40 a 50 anos com o tempo de internação variando entre 15 a 23 anos, o quadro apresentado por eles eram de esquizofrenia residual. Utilizando um formulário foram colhidas informações no que se refere aos registros realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem nestes prontuários. Com o intuito de identificar quais eram as dificuldades na comunicação escrita realizada pela equipe de enfermagem, a pesquisa verificou uma baixa qualidade nos registros que dificultam a continuidade da assistência nas 24 horas. Os registros são sucintos e não trazem informações coerentes com o quadro dos pacientes, fazendo com que, a assistência prestada pelos profissionais seja de maneira simplificada e coletiva. Torna-se necessário uma conscientização e capacitação dos membros da equipe e também padronização dos registros, sistematizando o cuidado prestado ao paciente hospitalizado.

Introdução

A comunicação, é considerada um dos mais importantes instrumentos de trabalho em todas as organizações como forma de viabilizar o trabalho em equipe, a

1. Enfermeiro. Especialista em Gestão Hospitalar. Docente do Instituto Federal do Sul de Minas Gerais – IFSULDEMINAS – Câmpus Passos. sigelberto.castro@ifsuldeminas.edu.br

2. Enfermeira obstetra. Docente do Instituto Federal do Sul de Minas Gerais – IFSULDEMINAS – Câmpus Passos. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG. yeda.siqueira@ifsuldeminas.edu.br

continuidade do trabalho e a maximização dos recursos disponíveis. Na área hospitalar esse recurso torna-se imprescindível, considerando a natureza do trabalho, o funcionamento 24 horas e a necessidade de continuidade da assistência aos pacientes internados pelas equipes que trabalham em plantões de 6, 8 ou 12 horas. Para as equipes de enfermagem esse recurso possibilita a continuidade da assistência prestada ao paciente de forma homogênea e sistematizada.

As anotações e registros de enfermagem são um tipo de comunicação muito utilizado e é ferramenta indispensável no processo de cuidado, pois quando estes textos são bem redigidos, retratam a real situação do paciente, possibilitando tomada de decisões e condutas (MATSUDA, 2006).

Os registros devem representar um conjunto completo de informações organizadas, claras e concisas, de modo que as condições biopsico-sócio-espirituais sejam registradas e com base nestes dados a equipe seja capaz de elaborar um plano de cuidados além de promover a continuidade da assistência (SETZ, 2009).

Nesse sentido, a comunicação escrita referente às ações de enfermagem, possibilita o registro e o controle das informações prestadas ao paciente 24 horas e durante todo o período de internação hospitalar, possibilitando à equipe de saúde o acompanhamento do paciente. Os registros nos prontuários e livro de ocorrência devem conter a evolução do paciente e intercorrências.

No entanto, durante minha prática profissional observei que nem sempre os registros da enfermagem, sejam eles em prontuários ou livros de ocorrência, contem as informações necessárias à continuidade da assistência, tornando-se necessário recorrer a outras fontes de informação para não prejudicar o paciente internado.

Diante do exposto, senti a necessidade de pesquisar como ocorre a comunicação escrita realizada pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem através dos registros nos prontuários de pacientes com quadro de esquizofrenia residual. A escolha por investigar os registros nos prontuários desta clientela, teve como finalidade conhecer as formas como estes registros são realizados, tendo como base o fato de serem pacientes de longa permanência. O estudo não tem a finalidade de estabelecer ordem de importância entre os pacientes, visa apenas a importância da evolução nos prontuários de um grupo de pacientes de longa permanência para condição da continuidade no cuidado.

Para a construção deste artigo, foi realizado um recorte e apresentaremos os dados referentes à um dos objetivos da pesquisa original, e consiste em analisar a

comunicação escrita da equipe de enfermagem sobre pacientes com quadro de esquizofrenia residual nos prontuários e livro de registro de uma unidade psiquiátrica hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem em análise documental, desenvolvido em uma instituição hospitalar psiquiátrica da cidade de Barbacena-MG.

Os estudos descritivos são aqueles que pretendem descrever com exatidão, fatos e fenômenos de uma determinada realidade, exigindo do pesquisador uma série de informações sobre o tema investigado (TREVÍÑOS, 1987)

Para a coleta de dados foi utilizada a análise de prontuários e livro de ocorrências. A análise documental consiste em um método em que materiais de diversas espécies podem ser examinados buscando formas e interpretações dos dados neles contidos (SETZ, 2009).

Os registros extraídos dos livros de ocorrência e prontuários foram analisados, levando-se em consideração sua relevância e coerência com o quadro clínico e psíquico dos pacientes e suas necessidades.

O cenário da pesquisa foi uma instituição hospitalar psiquiátrica privada, conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS, situada em uma área rural próxima a cidade de Barbacena - MG distando 180 Km de da capital mineira, Belo Horizonte.

A instituição tem como finalidade prestar cuidados a pacientes com sofrimento mental. Possui uma equipe multi-profissional condizente com as diretrizes da psiquiatria atual no contexto da humanização da saúde, composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico, nutricionista e terapeuta ocupacional.

A equipe de enfermagem nesta instituição era composta por quatro enfermeiros, dois plantonistas noturnos que se revezam em escala 12x36 e dois diaristas, juntamente com trinta e três técnicos e auxiliares de enfermagem, que se revezam em quatro turnos, sendo dois plantões diurnos e dois plantões noturnos se revezando em uma escala 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso.

A coleta de dados ocorreu em um dos módulos, sendo este com capacidade para 30 leitos, e a investigação direcionou-se para os registros de técnicos e

auxiliares de enfermagem dos quatro turnos, dois diurnos e dois noturnos realizado em dez prontuários e um livro de ocorrência.

O período de desenvolvimento do estudo compreendeu entre o 1º dia do mês de agosto ao 1º dia do mês outubro de 2006, sendo investigados 10 prontuários e um livro de ocorrência. Embora este número pareça reduzido, para a realidade do campo de coleta de dados ele toma proporções significativas, levando em consideração que o referido módulo possui 30 pacientes com diversos quadros de esquizofrenia, sendo escolhidos propositalmente 10 prontuários de pacientes, diagnosticados pelos seus respectivos médicos assistentes como portadores de esquizofrenia residual, de acordo com o CID-10 (Código Internacional de Doenças), com idade entre 40 a 50 anos e com o período de internação variando de 15 a 23 anos.

O CID-10 (Código Internacional de Doenças) menciona que a esquizofrenia residual como um estágio crônico da doença, no qual houve uma progressão clara de um estágio inicial para um estágio mais tardio caracterizados por sintomas “negativos” de longa duração, embora não necessariamente irreversível.

A partir destas identificações iniciais procedemos a uma leitura minuciosa dos registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem nos prontuários e no livro de ocorrência. Na coleta e análise dos registros foram observados itens importantes como: 1) clareza e coerência das mensagens; 2) legibilidade; 3) continuidade nas informações e registros; 4) relatos de intercorrências com os pacientes com quadro residual.

Com vistas a atender as questões éticas e legais relacionadas à pesquisa, o projeto foi exposto à direção clínica do referido hospital recebendo autorização para a circulação no local onde seria realizada a investigação dos registros de enfermagem nos prontuários e livro de ocorrência.

Resultados

Observamos no livro de ocorrência os seguintes relatos escritos pela equipe de enfermagem: 1) intercorrências com todos os paciente no sentido de mudança comportamental, mas que não tinha um prosseguimento na conduta, apenas que foi medicado conforme prescrição. 2) registros de controle de pressão arterial; 3)

exames a serem realizados fora do hospital; 4) comunicados administrativos dos (as) enfermeiros (as) para a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Ao observarmos os prontuários dos pacientes com quadro esquizofrênico residual, constatamos que não havia uma clareza /ou coerência nas mensagens, não havia continuidade das informações escritas; e os relatos das intercorrências não obedeciam um padrão.

O registro de enfermagem sendo um dos aspectos da comunicação mais utilizada pela equipe, no que se diz respeito à qualidade e continuidade da assistência, evolução e resultado, passa a ser realizado de forma insuficiente, desmistificando o que a enfermagem tem de melhor: o cuidado (LOURENÇO, 2000). Havendo registros de cuidados gerais, padronizados e insuficientes para se entender a situação do paciente, torna-se difícil estabelecer a continuidade do cuidado.

Os relatos apresentavam o mesmo caráter impessoal e padronizado, informações sem indicar causa – motivo, sugestionando não haver interação entre os técnicos e auxiliares de enfermagem durante os plantões com o ator principal: o paciente.

Conclusões

Diante dos dados obtidos, o estudo permitiu evidenciar que a equipe de enfermagem não tem registrado nos prontuários aspectos fundamentais relacionados ao comportamento dos pacientes com quadro de esquizofrenia residual, observou-se que as anotações eram superficiais e executadas de forma repetitiva pelos profissionais de enfermagem nos quatros plantões de trabalho, diurno e noturno.

Outro fato observado nesta pesquisa é que os profissionais dos plantões noturnos não relatavam em prontuários condições de sono dos pacientes, nem o que era realizado quando apareciam as intercorrências, se o enfermeiro responsável pelo plantão e o médico eram acionados. Assim, os registros sinalizam apenas a intercorrência do paciente, não abrangendo sua conseqüência ou medidas adotadas.

O que se faz relevante é considerar que o cuidado prestado ao paciente, no decorrer da internação, deve ter seqüência e continuidade, sendo que o registro incompleto dos sinais e sintomas do paciente indica uma lacuna no cuidado

prestado pela equipe de enfermagem, resultando em prejuízo no seu próprio objeto de trabalho. Salientamos que uma das funções do enfermeiro como líder de equipe, é manter esta equipe sempre alerta quanto à qualidade de suas ações, buscando estratégias, para organizar os registros das atividades realizados pela equipe, promovendo a continuidade do cuidado, elaborando suas anotações de forma clara, precisa e objetiva.

As anotações de enfermagem expressam a assistência prestada ao cliente. Nesse sentido sugere-se que o enfermeiro atue frente a sua equipe de modo a conscientizá-la da importância da comunicação escrita a fim de procederem adequadamente às anotações. Frente a tal desafio, as ações de educação permanente são imprescindíveis.

Referências

LOURENÇO, M.R. et al. **Análise das anotações da equipe de enfermagem segundo Du Gas**. In: Mendes, I.A.C.; CARVALHO, E.C. de (orgs.) Comunicação como meio de promover saúde. Ribeirão Preto, SP. FIERP. 37- 41 p., 2000.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; ÂNGELA, J. **Anotações/registros de enfermagem**: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 415 - 421, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

SETZ, V. G.; DINOCENZO, M. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria**. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7..

TRIVIÑOS, A. N. S. **Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa**. In: Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. p. 91-115.