

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: PADRONIZAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

[Nursing clinical records: Setting of standards at Hospital de Clínicas-UFPR]

Gisele Grespan Suarez*

Leomar Albini **

Maria Luíza Hexsel Segui ***

Maria Cristina Paganini****

RESUMO: Apresenta uma proposta de Padrões de Anotações de Enfermagem (PAE) num hospital universitário, instituída mediante cursos com equipes de enfermagem. Entre abril e maio de 2000 promoveu-se um curso de anotações de enfermagem, com duração de 3 horas, a 826 profissionais de enfermagem, divididos em 42 turmas. O objetivo foi instituir um padrão de anotações de enfermagem, por meio de reflexões com a equipe de enfermagem, apresentando, discutindo e aprovando uma proposta a ser utilizada em todos os serviços de enfermagem. Em junho do mesmo ano promoveram-se ainda 3 cursos com as enfermeiras, de todas as unidades do hospital, para que atuassem como facilitadoras do processo de implantação da proposta, junto às equipes de enfermagem. Atualmente, estão em fase de organização formas de acompanhamento e avaliação da proposta aprovada e implantada.

DESCRIPTORIOS: Registros de enfermagem; Enfermagem; Processos de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A Comissão de Reestruturação da Metodologia do Cuidado de Enfermagem – Corence, do Hospital de Clínicas da UFPR, constituída em 1999, tem como objetivo melhorar a qualidade do cuidado prestado ao cliente, através de uma metodologia que norteie as ações de enfermagem para um cuidado individualizado. Para atingir tal objetivo, a Comissão vem desenvolvendo várias atividades, e dentre estas desenvolveu a Padronização das Anotações de Enfermagem (PAE), pois observou-se que as anotações de enfermagem registradas nos prontuários dos pacientes desta instituição

apresentavam falhas em termos de exatidão, brevidade, legibilidade e identificação. Portanto, necessitavam receber um cuidado especial no sentido de reflexão, padronização, avaliação e acompanhamento.

A anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação da enfermagem, levando em conta que tem como finalidades: estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa em enfermagem (Daniel, 1981).

Para Campedelli et al. (1989), é preciso enfatizar que na enfermagem a comunicação oral, embora necessária, não é totalmente eficiente, dada a dificuldade de memorização de todas as minúcias que podem ocorrer nas 24 horas do dia e o freqüente rodízio das pessoas que prestam assistência ao paciente. Desse modo, torna-se indispensável o uso da comunicação escrita no prontuário do paciente, entendido neste estudo como o ato de transmitir mensagens, por meio de método convencionado e consignado por escrito, ou seja, especificamente estabelecer um padrão de anotações de enfermagem por escrito, o qual possa ser utilizado em todas as unidades do hospital.

Desta forma, este estudo tem por finalidade mostrar como foi instituído um padrão de anotações de enfermagem, a ser registrado nos prontuários dos pacientes internados e em tratamento ambulatorial do hospital. Para tal implantação foram realizados treinamentos com enfermeiros e profissionais do nível médio, alocados em todas as unidades, quanto à proposta deste padrão; como foram estruturadas as sugestões advindas dos treinamentos; as discussões e aprovação da versão final da proposta e finalmente a forma como se deseja avaliar as anotações realizadas, após a implantação do Padrão de Anotações de Enfermagem.

* Enf. Coordenadora de Enfermagem de Área Crítica do HC da UFPR, Prof.^a substituta do Dep. de Enf. da UFPR, Membro do GEMA, Especialista em Controle de Infecção Hospitalar.

** Enf. do Serviço de Educação Continuada do HC da UFPR, Prof.^a substituta do Dep. de Enf. da UFPR, Membro do GEMA, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

*** Enfermeira-chefe do Serviço de Enfermagem de Infectologia do HC da UFPR, Membro do GEMA, Especialista em Administração Hospitalar.

**** Enfermeira, Diretora de Enf. do HC da UFPR, Mestre em Assistência de Enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Matielo (1998) comenta que os estabelecimentos hospitalares têm por dever manter o prontuário atualizado dos pacientes que utilizarem seus serviços, documento onde serão consignadas todas as informações sobre a evolução do quadro clínico, intercorrências, fármacos ministrados, procedimentos adotados, etc. Esse documento normalmente retrata de modo mais fiel a situação do paciente e tudo o que se passou durante o período de tratamento, sendo portanto necessário considerar o valor das anotações de enfermagem como fonte de investigação e como documento legal.

É no prontuário do paciente que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação. A evolução, reações e preocupações devem ser registradas, utilizando-se termos que expliquem os fatos de maneira clara. A equipe de enfermagem deve prever o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois fazem parte das responsabilidades legais da enfermagem (Kron e Gray, 1994).

DuGas (1978) afirma que o registro escrito sobre o paciente serve como veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde, onde devem constar as ocorrências do período em que o paciente recebeu assistência. Para a enfermeira, é fonte de informações para a elaboração do seu plano de cuidados.

Para Koch et al. (1999), os registros no prontuário do paciente, feitos pela equipe de enfermagem, devem refletir as condições “bio-psico-sócio-espirituais”, onde são relatadas todas as ocorrências que tenham relação com este paciente, possibilitando a elaboração de um plano e a continuidade dos cuidados.

As anotações de enfermagem para Oguisso (1975), têm valor como fonte de investigação, instrumento de educação e documento legal. Assim, os registros podem servir como um dos meios de avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente, bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe de enfermagem.

Cianciarullo (1996) reforça que frases mal construídas, o uso de palavras que podem gerar múltiplos sentidos ou o emprego de termos muito próprios de uma área de conhecimento podem dificultar o entendimento de um texto. Sendo o registro de enfermagem um documento, deve-se lembrar que, conforme comenta Lopes (1999), documento é a representação de um fato ou de um ato, podendo ser escrito ou gráfico, e como tal deve ser registrado com clareza, expressando todas as ações desenvolvidas na assistência prestada ao paciente.

A enfermagem é uma profissão de risco e, como tal, seu exercente encontra-se exposto, no cotidiano de seus afazeres profissionais, a uma série de cometimentos

de infrações a regras, vigentes no país, que em sua grande maioria são de desconhecimento do mesmo (Baumann, 1999).

A enfermagem também é uma profissão prestadora de serviços e o consumidor destes serviços é o paciente, cujos direitos devem ser cumpridos. O seu aspecto legal baseia-se nas leis que regem o exercício profissional e nas que amparam a clientela do serviço de saúde ou diretamente do enfermeiro. Na utilização do Processo de Enfermagem, o uso do registro claro para o planejamento dos cuidados, auxilia o enfermeiro na individualização destes, determinando prioridades, visando à evolução dos cuidados, bem como à sua avaliação.

Apesar das considerações citadas sobre a importância dos aspectos legais e assistenciais, Kron e Gray (1994) enfatizam que, com muita frequência, as anotações da enfermagem não contêm as informações necessárias para apoiar a instituição e/ou a enfermagem, no caso de um processo judicial. Outra abordagem sobre esta questão vem de Baumann (1999), para quem embora os registros no prontuário do paciente sejam de enorme importância, há quase descaso quanto a esse tipo de formalização escrita de trabalho; enfatiza que a falta de anotações no prontuário do paciente no mais das vezes dificulta o exercício da proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem, quer judicialmente, quer administrativamente.

3 METODOLOGIA

3.1 ESTUDOS TEÓRICOS E ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE UM PADRÃO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

A Comissão de Reestruturação da Metodologia do Cuidado de Enfermagem (Coremce) realizou revisão bibliográfica sobre anotações de enfermagem em reuniões semanais, que se iniciaram em outubro de 1999. Foram selecionados, discutidos e compilados os conteúdos, de acordo com os objetivos estabelecidos para o trabalho. Também, junto à Direção de Enfermagem do hospital, foram realizadas reuniões para se discutir qual seria a metodologia mais apropriada para a execução deste trabalho, visto que havia interesse de envolver o maior número possível de profissionais de enfermagem.

Foram então definidos os passos para a execução do treinamento com as equipes de enfermagem e o cronograma das atividades. Também se estabeleceu que as enfermeiras do Coremce estruturariam um proposta provisória dos padrões de anotações, à luz da literatura e de suas experiências profissionais, como forma de avançar mais rapidamente no processo. Assim, tão logo esta proposta

estivesse esboçada seria exaustivamente analisada e discutida entre as equipes de enfermagem, até aprovação da versão final.

Então, em novembro do mesmo ano, elaborou-se a proposta provisória de padrão mínimo de anotações de enfermagem, a qual contemplou os itens: Como?, Onde?, Quando? O que anotar?, conforme referendados por diversos autores, que os identificam como fundamentais para que o cuidado a ser prestado ao paciente seja preciso e exato. Para evitar complicações éticas e legais, que comprometessem a proposta, um profissional advogado e o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná – COREN-PR foram consultados, e aos resultados de tais consultas foi acrescentada a proposta prévia.

A proposta prévia de padronização das anotações de enfermagem foi então apresentada à Diretora de Enfermagem e Coordenadoras de Área, bem como Enfermeiras, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem de diversas unidades do hospital escolhidos aleatoriamente, com o objetivo de ser avaliada a clareza e aplicabilidade da proposta na instituição.

Paralelamente ao estudo e redação da proposta de padronização, foi solicitado às enfermeiras de todas as unidades da instituição que listassem as abreviaturas mais utilizadas por suas equipes nas anotações de enfermagem. Recolhidas as informações, foi realizada análise no sentido de adequá-las à linguagem técnica. O objetivo desse levantamento foi reconhecer e padronizar as abreviaturas a serem utilizadas nessas anotações.

3.2 CURSO DE TREINAMENTO

Promoveu-se um Curso de Anotações de Enfermagem, com duração de 3 horas, envolvendo profissionais de enfermagem num total de 826 participantes, que se dividiram em 42 turmas, nos meses de abril e maio de 2000. O curso foi realizado nas dependências do Hospital e foram ministrados pelos membros da Coremce.

Os objetivos do curso foram: promover reflexão sobre as anotações de enfermagem atualmente desenvolvidas na instituição e apresentar proposta de padrão de anotações de enfermagem para discussão, incluindo debates sobre responsabilidades éticas e legais que permeiam as anotações de enfermagem.

Os conteúdos ministrados foram: conceitos e finalidades das anotações; referencial teórico sobre registro de enfermagem; aspectos éticos e legais das anotações; apresentação e discussão do esboço da proposta de Padrões de Anotações de Enfermagem (PAE).

Para maior participação das equipes de enfermagem, foram entregues cópias da PAE para todos os participantes

do curso, para que estes expressassem suas opiniões e sugestões com relação ao documento.

3.3 ANÁLISE DOS TREINAMENTOS E ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO FINAL: PADRÕES DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (PAE)

Após o término do curso foi realizada análise das opiniões e sugestões expressadas pelos profissionais treinados. Os itens mais polêmicos foram aqueles relacionados à correção dos erros nas anotações, os quais foram analisados por um advogado, COREN-PR e posteriormente pela Coremce. Diante das sugestões colhidas foram feitas algumas alterações nos PAE e elaborada apostila contendo: padrões mínimos de anotações de enfermagem, listagem de abreviaturas e de termos técnicos, além de uma sugestão de roteiro de observações e regiões anatômicas.

3.4 REUNIÕES E CURSOS COM AS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES

A seguir, em junho de 2000, houve a divulgação e distribuição de apostila para todas as unidades de enfermagem, bem como a realização de mais 3 aulas direcionadas às enfermeiras, tendo em vista o papel destas como facilitadoras do processo de mudança das anotações de enfermagem na instituição, através de orientações diretas às suas equipes e tendo como base a própria apostila.

4 COMENTÁRIOS FINAIS

Tal como foi citado por diversos autores, também o grupo de enfermeiras que compõem a Coremce percebe que há, por vezes, falta de valorização das anotações realizadas pelas enfermeiras e equipes de enfermagem, bem como a superficialidade das anotações hoje existentes. Tal fato se deve à verificação de falhas e erros nos prontuários dos pacientes internados, além da inadequação com relação à exatidão, brevidade, legibilidade e identificação de conteúdos das anotações de enfermagem.

Nesse sentido, os membros da Coremce entendem que a temática “Anotações de Enfermagem” merece atenção constante e que este foi apenas o início de um trabalho que exige desafios diários por parte dos enfermeiros frente às suas equipes de trabalho, no sentido de conscientizá-las da importância de proceder adequadamente às anotações.

Assim, sugerimos a realização da avaliação deste processo, a ser realizada periodicamente, para podermos verificar sua evolução. Também é do entendimento da Coremce que, por se tratar de mudança de comportamento,

é um processo lento, e que a parceria com a Educação Continuada será fundamental para chegar a resultados positivos.

É fundamental, também, entender que todo este empenho participativo e em constante evolução tem um fim comum, qual seja, a melhor qualidade de assistência que se possa oferecer aos pacientes internados ou em assistência ambulatorial do hospital. Contudo, entendemos que tal esforço só terá êxito à medida que houver conscientização das responsabilidades de cada profissional de enfermagem, entendendo que as anotações tratam do relato explícito do cuidado prestado, do cuidado profissional executado e entendido como a essência da profissão.

ABSTRACT: This paper presents a proposal for setting Nursing Clinical Records Standards (PAE) in the University Hospital of Parana, based on courses with nursing teams. Between April and May of 2000, a three-hour course was given on nursing clinical records to 826 nursing professionals, divided in 42 groups. The objective was to set a standard for nursing records based on reflections with the nursing team, presenting, discussing and approving a proposal to be adopted in all nursing services. Three other courses with the nurses from all the hospital units were promoted in June of the same year, so that those would be prepared to act as facilitators in the implementation process of this proposal. Currently, methods to follow and evaluate the proposal are under organization

KEY WORDS: Nursing Clinical Records; Nursing; Nursing Process.

REFERÊNCIAS

- 1 BAUMANN, G. **Implicações ético-legais no exercício da enfermagem**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999.
- 2 CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.
- 3 CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos em enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- 4 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Orientações sobre o COREN-PR**. Curitiba, 1998 (mimeo).
- 5 DANIEL, L. F. **Enfermagem planejada**. 3.ed. São Paulo: EPU, 1981.
- 6 DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 3.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- 7 KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 16.ed. Curitiba: Florence, 1999.
- 8 KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.
- 9 LOPES, J. B. **A prova do direito processual civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- 10 MATIELO, F. Z. **Responsabilidade civil do médico**. Porto Alegre: Luzzatto, 1998.
- 11 OGUISSO, T. **Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente**. Rio de Janeiro, 1995. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 12 SANTOS, F. et al. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1997.

Endereço do autor:
R. General Carneiro, 181
80060-900 - Curitiba - PR
E-mail: admde@hc.ufpr.br