

## REGISTROS DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dayele Tavares da Silva<sup>1</sup>; Nayara Salles Goulart<sup>2</sup>; Karla Cristina Amado<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO - [dayelemoreira@gmail.com](mailto:dayelemoreira@gmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem da UNIGRANRIO – [nayara-salles@hotmail.com](mailto:nayara-salles@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria pela UNIRIO e Enfermagem do Trabalho pela UERJ, Professora Adjunto Mestre da Universidade – Unigranrio - [karlaamado@hotmail.com](mailto:karlaamado@hotmail.com)

**Considerações Iniciais:** O prontuário é um instrumento padronizado utilizado pelos profissionais da saúde para registrar e armazenar informações referentes ao paciente, para isso é necessário ser elaborado de forma correta, organizada, completa e segura, com objetivo de assegurar a eficácia da assistência, tendo por finalidade a garantia da segurança do paciente (COREN-SP, 2011). A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/07 Art. 25 dispõe, que os profissionais de enfermagem nas suas responsabilidades e deveres devem "registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar". Deste modo, qualquer cuidado ou ação realizada pela equipe de enfermagem deve obrigatoriamente ser registrada. Apesar das palavras prontuário e registro terem na sua definição uma proximidade, sendo ambos utilizados para diversos fins, como: auditoria, avaliação do cuidado prestado, fonte de ensino e pesquisa, é imprescindível conceituar registro para melhor entendimento de suas finalidades. Trata-se de um componente de suma importância para assistência, pois compõe uma parcela significativa das informações registradas no prontuário 50% (FRANÇOLIN et al, 2012). Precisam ser legíveis, livres de rasuras, emendas, espaços, entrelinhas, linhas em branco e, devem conter apenas abreviaturas previstas em literatura. Deve possuir carimbo, assinatura e número do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, para comprovar autenticidade do documento em processos judiciais. Precisam ser cronológicos, completos e concisos, devem conter observações efetuadas, cuidados prestados, respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados, devem priorizar a descrição de características como tamanho mensurado, quantidade, coloração e forma, não devem conter termos que deem conotação de valor tais como: bem, mal, muito, pouco. Além disso, devem reunir todo histórico do paciente, considerando desde a história patológica pregressa até os resultados esperados, as evoluções e prescrições de enfermagem, e todo registro deve ser precedido de data e hora (COREN - SP, 2011). Alguns fatores podem influenciar na realização e qualidade

dos registros de enfermagem, como: alta demanda por serviços, sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais, déficit de educação continuada, falta de motivação relacionada às péssimas condições de trabalho, baixo salário, baixo nível sócio educacional, complexidade da linguagem e comunicação ineficaz da equipe (MAGALHÃES, DALL'AGNOL e MARCK, 2013). A dimensão desta problemática faz-se refletir sobre o que de fato deveria ser realizado para contribuir de forma efetiva na segurança do paciente sendo a qualidade um componente fundamental da segurança nos cuidados em saúde. Portanto questionar a respeito da segurança do paciente torna-se vital para apreensão do estudo. Com isto, surge a questão norteadora deste estudo: Qual a importância do registro de enfermagem para a segurança do paciente? A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança do Paciente como “Redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável” (WHO, 2009). É de extrema relevância realizar cuidados seguros e o enfermeiro é responsável por avaliar o paciente bem como os riscos que ameaçam a sua segurança, além de intervir e planejar apropriadamente para manter um atendimento seguro. Neste sentido a realização de anotações periódicas e completas no prontuário torna-se fundamental, pois a ausência pode facilitar a ocorrência de danos que poderiam ser evitados se fossem registrados de maneira correta e segura além de evitar possíveis duplicações de procedimentos. Dessa forma, a assistência de qualidade é evidenciada quando se preconiza medidas a fim de melhorar o preenchimento nos prontuários. Contudo os erros na comunicação de fato são aceitáveis e inerentes à condição humana, mas é fundamental que não cause dano ao paciente. Logo, a conscientização dos profissionais, seja talvez o primeiro e mais importante passo para o início das mudanças necessárias. Este tema surgiu através da necessidade de alertar os profissionais de enfermagem sobre a importância dos registros no prontuário, e fazê-los refletir sobre sua relevância, uma vez que o não preenchimento implica diretamente em perda de informação. A preocupação do estudo volta-se para importância da qualidade dos registros de enfermagem que são realizados no cotidiano da prática da profissão. Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de descrever a influência dos registros de enfermagem na segurança do paciente. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa. Para sua construção, foram realizadas as seguintes etapas: o estabelecimento da questão de pesquisa, busca na base de dados da literatura, categorização dos estudos, interpretação dos artigos incluídos na revisão e síntese dos mesmos. O levantamento na base de dados foi realizado através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se a busca avançada com os descritores por assunto, na primeira linha, prontuário, na segunda linha

registros de enfermagem, na terceira linha enfermagem e na quarta linha segurança do paciente usando o operador AND e OR. Para melhor avaliação, foram definidos como critérios de inclusão: artigos somente na língua portuguesa, que estivessem disponíveis por completo e no período de 2000 a 2013. A seleção dos artigos foi realizada através da leitura completa de todos os artigos, por dois autores. Encontraram-se 19.138, sendo selecionados 813 e analisados na íntegra apenas 47 artigos, pois estão relacionados à linha do objeto de estudo deste trabalho. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento para garantir adequada análise dos artigos selecionados. O instrumento utilizado apresentava os seguintes dados: Título do artigo e Autores, objetivo, metodologia e resultado. Após avaliação, os principais resultados foram descritos e apresentados em categoria por assunto. **Resultados:** Foi estabelecido 3 categorias diferentes para análise dos artigos: sistematização da assistência de enfermagem-registro no prontuário; uso da tecnologia como facilitadora dos registros e percepção dos profissionais acerca dos registros. Como resultado constatou-se que a tecnologia otimizou o trabalho da equipe e contribuiu para o acesso rápido as informações, contudo alguns estudos apontam dificuldades na implementação do método por aspectos éticos, falta de padronização, de conhecimento e por não saber manusear os softwares ou por serem lentos em demasia demandando mais tempo da equipe. A sistematização da assistência de Enfermagem apontou diversas falhas no seu processo. Há existência de registros, porém com deficiência de conteúdo ou ausência deles. A percepção dos profissionais sobre os registros se repete na grande maioria. Observa-se uma predisposição em querer registrar na íntegra toda a assistência prestada, mas a falta de tempo ocasionada pela demanda excessiva de trabalho não permite. **Conclusão:** Conclui-se que os registros de enfermagem devem ser realizados obrigatoriamente por todos os profissionais, a fim de relatar a assistência prestada nas 24h. Quando é feito de acordo com o que é preconizado na literatura favorece a assistência, diminuindo potências danos evitáveis ao paciente.

**Descritores:** prontuário, registros de enfermagem, enfermagem, segurança do paciente.

### Referências

- 1- Brasil. Conselho Regional de Enfermagem. Anotações de enfermagem. São Paulo, SP: COREN SP; 2011. Disponível em: <http://www.portaldoenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>.
- 2- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 311**, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 8 fev 2007. Disponível em: [http://www.ipebj.com.br/docdown/\\_3aca5.pdf](http://www.ipebj.com.br/docdown/_3aca5.pdf).

- 3- Françolin Lucilena, Brito Maria de Fátima Paiva, Gabriel Carmen Silvia, Monteiro Taisa Melo, Bernardes Andrea. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuário de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**. [periódico na internet] 2012 Mar [citado 2013 Jul 17]; 20(1):79-83. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a14.pdf>.
- 4- Magalhães, A.M. Müller de; et all. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente – estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [periódico na internet] 2013 Fev [citado 2013 Jul 17]; 21(spe):146-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf)
- 5- World Health Organization. **The Conceptual framework for the international Classification for Patient safety: Final Technical Report**. Geneva: Switzerland; 2009.