



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

**REGISTROS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE
UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Hemily Cenci Fuziger

Lajeado, novembro de 2012



Hemily Cenci Fuziger

REGISTROS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Giselda Veronice Hahn

Lajeado, novembro de 2012

Hemily Cenci Fuziger

REGISTROS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A banca examinadora abaixo aprova a Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, na linha de formação específica em Enfermagem, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Profa. Ms. Giselda Veronice Hahn – orientadora
Centro Universitário Univates

Profa. Alceli Maria Fontanari Estrela Brasil
Centro Universitário Univates

Enfa. Maria de Fátima Mallman
ESF Conservas

Lajeado, novembro de 2012

“Fazer e não registrar
Registrar e não informar
Informar e não monitorar
Monitorar e não avaliar
É o mesmo que não fazer”.

Elaine Emi Ito

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu amado Jesus Cristo, pelo Amor, força e coragem para seguir em frente. Por ter me ensinado de que determinação e esforço valem à pena e com isso nos traz a felicidade e realização.

Quero agradecer incansavelmente a minha família, meu pai e minha mãe que mesmo não estando por perto, sempre me apoiou e muitas vezes abriram mão de seus sonhos em favor dos meus, razão do meu viver.

A minha amada irmã, meu espelho segundo, que mesmo muito longe, sempre me incentivou com sua inteligência e garra, meu orgulho.

Professora Giselda, orientadora, professora e acima de tudo amiga, companheira, foi sempre um rico ensinamento, uma linda história como já havia comentado. Obrigado tudo, por cada palavra, pela paciência e carinho.

A todos os outros professores, obrigada pela bagagem de conhecimento.

Lindo da minha vida, meu companheiro, meu amigo e namorado, meu negrinho. Obrigado pela paciência e dedicação em cada necessidade minha.

À minha sogra amada por estar sempre me abençoando e toda sua família pelo amor e carinho.

Aos meus sobrinhos maravilhosos, que sempre me encantaram com sorrisinhos e chorinhos, meus amores, minha alegria, minha distração. A todas as

peçoas que sempre compartilharam comigo, felicidades e anseios durante esta trajetória, muito obrigada, cada expressão valeu a pena. Em especial à equipe de saúde do ESF Conservas, pelo acolhimento, aprendizado e amizade.

RESUMO

O prontuário é um documento que reúne todas as informações relativas ao estado de saúde do paciente. Seu correto preenchimento pela equipe de saúde é crucial para favorecer decisões clínicas adequadas às necessidades do mesmo. Este estudo objetiva analisar o preenchimento do prontuário de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre os cuidados de enfermagem realizados, localizada em município do interior do Vale do Taquari. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e do tipo documental. Foram analisadas as anotações de enfermagem constantes nos prontuários de família pertencentes a todas as microáreas da referida ESF. Foram efetivamente analisados cinco prontuários de cada microárea, totalizando 30 prontuários. A coleta de dados aconteceu mediante sorteio dos prontuários e foram avaliados os registros de enfermagem realizados nos últimos 02 anos, utilizando-se, para isso, um roteiro estruturado. Constatou-se que em todas as microáreas analisadas havia um prontuário sem anotações. A maioria dos registros encontrados correspondeu a anotações curtas e eram relativas aos sinais vitais e parte do exame físico (peso), acarretando dificuldade na continuidade da assistência pelos demais membros da equipe. A Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) esteve presente parcialmente nos prontuários e apresentou anotações incompletas relativas a Evolução. A identificação dos profissionais após o registro foi deficiente na maioria das anotações pesquisadas. Conclui-se que a enfermagem ainda não registra adequadamente a assistência prestada, o que compromete a qualidade do cuidado. Espera-se que este estudo auxilie os profissionais a avaliar a qualidade de suas anotações, de modo a qualificar as ações de promoção, cura e reabilitação da saúde.

Palavras-chave: Sistemas de registros. Registros de enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tipo de anotação registrada no prontuário do paciente.....	24
Gráfico 2 - Legibilidade das anotações registradas nos prontuários.....	26
Gráfico 3 - Clareza e coerência das anotações registradas nos prontuários.....	27
Gráfico 4 - Tamanho das anotações registradas nos prontuários.....	28
Gráfico 5 - Anotações que favorecem a continuidade ou seguimento da assistência.....	29
Gráfico 6 - Anotações que favorecem o trabalho em equipe.....	30
Gráfico 7 - Registro da Sistematização da Assistência em Enfermagem nos prontuários.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Siglas ou abreviações encontradas nos prontuários.....	25
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Prontuário do paciente.....	13
2.2 Estratégia saúde da família.....	16
3 METODOLOGIA.....	20
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
5 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	41
APÊNDICE A - Roteiro para avaliar as anotações de enfermagem.....	42
APÊNDICE B - Termo de Responsabilidade.....	43

1 INTRODUÇÃO

O prontuário do paciente é conhecido por ser o documento que contém as informações sobre o estado de saúde do cliente, relacionadas ao registro da anamnese e a todo o cuidado e assistência prestada; é um acervo documental padronizado, organizado e conciso. Há sinais de sua existência desde a Idade da Pedra, que antecedem há 4.500 anos antes de Cristo com dados de 48 atos cirúrgicos registrados em um prontuário, na época denominado papiro (POSSARI, 2005).

O registro das informações clínicas do cliente no prontuário é o principal veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde. Caracteriza-se por ser uma ferramenta importante para avaliação da qualidade dos serviços e um requisito essencial para a prestação da assistência e gestão eficaz na atenção à saúde. Os dados apresentados possibilitam diagnósticos e tratamentos adequados e mais rápidos; podem servir de dispensador ou simplificador de informações, reduzindo o custo e tempo de permanência do indivíduo no serviço de saúde (LABADIA; ADAMI, 2004; POSSARI, 2005).

O prontuário do paciente deve ser preenchido logo após a realização de cada procedimento, constando data, horário e assinatura do cuidador. Tudo o que for realizado no paciente deve ser registrado de forma mais detalhada e clara possível. Os registros devem ser precisos, corretos, objetivos, descritivos, completos, com letra legível e sem rasuras que dificultem a compreensão do verdadeiro estado do cliente. Os registros são documentos padronizados que contém todas as informações produzidas pela equipe de saúde e carrega dados da história do indivíduo (FIGUEIREDO, 2003; MESQUITA; DESLANDES, 2011).

Entretanto, alguns estudos realizados a partir das anotações de enfermagem, nem sempre mostram resultados satisfatórios em relação à qualidade da assistência oferecida ao paciente em unidades de atendimento básico. Relatam que as anotações expressam, principalmente, o cumprimento de prescrições e a execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos (OCHOA-VIGO et al., 2002).

A Resolução COFEN Nº 272/2002 que trata sobre a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras afirma que todas as informações sobre a assistência de enfermagem devem ser registradas formalmente no prontuário do cliente/usuário/paciente, devendo conter: Histórico de enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem e relatório de enfermagem (COFEN, 2002).

Desde os primórdios da enfermagem, Florence Nightingale orientava as enfermeiras de seu tempo a anotar os problemas colaborativos observados durante a assistência ao paciente, de forma precisa e correta. Os registros de enfermagem correspondem às anotações dos procedimentos assistenciais, objetivando a qualidade do cuidado por meio da comunicação realizada em prontuários pela equipe de enfermagem.

Os registros nos prontuários, de modo geral, não são completos em relação aos cuidados que o paciente necessita e recebe e nem sempre satisfazem os requisitos necessários definidos pelas instituições de saúde ou conselhos profissionais. As anotações registradas devem ser arquivadas e guardadas, tanto no presente ou no futuro esse prontuário servirá de banco de dados para informações referentes ao usuário e a assistência prestada pelo profissional.

Surgiu, assim, a motivação para realização deste trabalho através da verificação dos registros feitos nos prontuários, pois, de modo geral, não são completos em relação aos cuidados que o paciente necessita e recebe. Assim justifica-se a importância do presente estudo, visto que este poderá instrumentalizar a equipe de saúde na melhoria da qualidade do registro bem como aperfeiçoar o processo dos registros de prontuários.

A partir destas questões surgiu o interesse em desenvolver este estudo, que teve como tema a análise dos registros de enfermagem em prontuários de uma Estratégia de Saúde da Família. Buscou-se entender de que forma estavam sendo feitos os registros de enfermagem nos prontuários.

Sendo o prontuário um documento que contém registros de todas as informações sobre o indivíduo assistido, buscou-se desvendar o problema: de que forma estavam sendo feitos os registros sobre a assistência de enfermagem prestada ao usuário de uma Estratégia de Saúde da Família?

Os objetivos deste estudo foram analisar o preenchimento do prontuário de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família, sobre os cuidados de enfermagem realizados, verificar a maneira com que os registros sobre a assistência eram realizados e também identificar se os mesmos correspondem às exigências ditas pelo Conselho Federal de Enfermagem sobre o registro da assistência de enfermagem no Prontuário do Paciente.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a Estratégia de Saúde da Família iniciou em 1994 com o intuito de reordenar o modelo de atenção em diversos níveis assistenciais e vem apresentando crescimento expressivo, e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. Para o Ministério da Saúde (2011) as informações ou anotações que constam no prontuário das famílias são responsáveis pelo acompanhamento da sua saúde, auxiliando na promoção, recuperação, reabilitação e agravos mais frequentes.

Acredita-se que identificar a forma como foi realizado o preenchimento de prontuários dos pacientes de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família pode contribuir para demonstrar a necessidade de um preenchimento correto e completo, uma vez que o registro serve para auxiliar na tomada de decisão sobre a conduta mais acertada frente ao usuário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Prontuário do paciente

A palavra prontuário origina-se do latim *promptuario* que significa lugar em que se guardam ou depositam informações que devem estar à mão. Outras definições como manual de informações e ficha com dados de uma pessoa também são encontrados. Sinais da existência do prontuário aparecem desde a Idade da Pedra com registros em um prontuário chamado na época de Papiro medindo cerca de 4 metros de comprimento e 3,25 de largura, com a descrição de 48 casos cirúrgicos (POSSARI, 2005).

De acordo com Possari (2005), na enfermagem os registros tiveram início com Florence Nightingale ao atender feridos na Guerra da Criméia, pois entendia que a documentação das informações pertencentes aos pacientes era de fundamental importância para a continuidade dos cuidados prestados, principalmente no que se referia à assistência de enfermagem.

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que o prontuário fornece um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde e facilita o planejamento coordenado e a continuidade do cuidado. O relatório preenche também outras funções, tais como: registro legal, base para a avaliação da qualidade e adequação do cuidado, bem como para rever o uso efetivo dos serviços de cuidado do paciente pela equipe de enfermagem.

Conforme Motta (2003), os documentos padronizados que devem fazer parte do prontuário do paciente são: ficha de anamnese, ficha de evolução, ficha de

prescrição terapêutica, ficha de registros com resultados de exames laboratoriais e de outros métodos de diagnósticos auxiliares. Devemos sempre lembrar que o preenchimento correto, legível e claro do prontuário, com a descrição de toda a assistência prestada ao paciente, é uma obrigação legal de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência a ele: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e outros (MOTTA, 2003).

Ochoa-Vigo et al. (2003) afirmam que os registros devem ser feitos de modo objetivo, sem preconceitos, valores, julgamentos ou opiniões pessoais. Informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares ou outros membros da equipe da saúde devem ser consideradas, utilizando-se aspas para este tipo de informação.

Silva e Tavares-Neto (2007), afirmam que registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área da saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, ou responsáveis legais em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também denominado prontuário do paciente. Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, conseqüentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, bem como a ampla variedade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais da saúde.

Segundo Setz e D’Innocenzo (2009) os registros nos prontuários dos pacientes 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.

De acordo com Possari (2005), o prontuário do paciente corretamente preenchido é a principal peça de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência. Ele é o primeiro documento que a polícia, a justiça e o próprio Conselho Médico ou de Enfermagem solicitam aos hospitais, médicos ou enfermeiros denunciados para a apreciação dos fatos da denúncia. É direito de todo paciente ou seu responsável legal, por si ou por advogado constituído, obter cópia integral de seu prontuário hospitalar ou do consultório.

Conforme o artigo 5ª da Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o número de seus registros.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no art. 25 (COFEN, 2007), são responsabilidades e deveres de todo profissional da enfermagem "registrar no prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar".

A Resolução 272/2002, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2002), dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. O Art. 3º, afirma que "A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por: Histórico de enfermagem; Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição da assistência de enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Relatório de Enfermagem".

Segundo Ochoa-Vigo et al. (2002), as anotações de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação do processo saúde-doença, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha todo o decorrer do atendimento de forma mais integral, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações. O registro de enfermagem é composto por cinco fases - histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem - estas se relacionam desde meados da década de 70. Marco teórico da prática de enfermagem, que aos poucos foi se difundindo mundialmente e incorporando se à estrutura da maioria dos currículos de saúde. A união desta assistência de documentos permite ao paciente um acompanhamento das condições de saúde do mesmo, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações (OCHOA-VIGO et al., 2002).

Para Ochoa-Vigo et al. (2002) as anotações de enfermagem são importantes e imprescindíveis para se fazer uma avaliação da quantidade e qualidade da assistência prestada, a utilização de siglas ou abreviações incorretas dificultam a

leitura, podendo comprometer a escrita. Portanto, a equipe de enfermagem deve zelar pelo registro adequado para favorecer o entrosamento de toda a equipe de saúde que interage com o paciente, na procura de melhor assisti-lo.

Além de permitir a efetividade do processo de comunicação, os registros de enfermagem possibilitam que a assistência de enfermagem seja avaliada. Para isto, faz-se necessário que os registros sejam valorizados e realizados com qualidade, ou seja, com fidedignidade das informações, coerência, de acordo com as reais condições do paciente e com relato dos cuidados prestados de fato (BORSATO et al., 2011).

Segundo Borsato et al., (2011) as anotações de enfermagem têm o objetivo de registrar informações a respeito da assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e possibilitar a continuidade do processo de trabalho multiprofissional, garantindo segurança para o paciente e respaldo do ponto de vista ético e legal.

O prontuário é uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um grupo de linguagens e de relações complexas, entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde, no sentido de dar clareza aos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção ao paciente (MESQUITA, DESLANDES, 2010).

A informação é um requisito essencial para a prestação da assistência e gestão eficaz na atenção à saúde. O registro clínico é o principal veículo de comunicação de informações sobre o paciente entre os membros da equipe de saúde e uma ferramenta importante para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (LABBADIA; ADAMI, 2004).

2.2 Estratégia saúde da família

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família teve início em 1994 como um dos programas

propostos pelo governo federal aos municípios para programar a atenção primária. Com este modelo de assistência, a família passa a ser o objeto de atenção da equipe de saúde, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para programar a atenção primária. Com este modelo de assistência, a família passa a ser o objeto de atenção da equipe de saúde, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. O programa inclui ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

Uma unidade de saúde da família se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção até as de recuperação da saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

Segundo Alves e Aerts (2011), a Estratégia da Saúde da Família se propõe a aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, feita através do atendimento integral a indivíduos e grupos populacionais, e trabalhando com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território. Busca também incentivar a participação popular, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços de saúde.

Segundo Cruz; Bourget (2010) torna-se importante a identificação da compreensão dos aspectos relacionados à saúde dos sujeitos, pois as ações adequadas em saúde por parte das famílias atendidas na ESF colaboram diretamente para melhor eficácia das atividades desenvolvidas. Neste sentido, o preenchimento adequado dos dados do Prontuário de Saúde da Família pelos

profissionais da ESF é parte integrante da assistência prestada e resulta em informações mínimas para subsidiar a melhoria da qualidade no atendimento, contribuindo para a realização de diagnósticos precoce, evitando complicações e/ou internações hospitalares desnecessárias.

Segundo Pereira et al. (2008) os instrumentos de registro da atenção à família permitem desenvolver no profissional de saúde uma visão integrada dos pontos fortes e das fragilidades da unidade familiar, em sua situação atual, bem como dos aspectos evolutivos ao longo do tempo que possam influenciar suas interações.

O uso do prontuário familiar enquanto instrumento de trabalho garante o registro das informações e permite, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família. É, portanto, elemento decisivo à melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde. Representa um indicador de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente (PEREIRA et al., 2008).

O prontuário é a disposição conjunta de todos os registros dos membros da família numa mesma pasta, com objetivo de facilitar o manuseio e de oferecer as informações registradas, beneficiando a assistência integral aos pacientes. Comporta não só o aspecto de presença ou ausência de doenças, mas questões preventivas, dificuldades socioeconômicas, conflitos de vida, de convivência e de crenças, para assim, traçar um elo de confiança entre as partes envolvidas. Nesse instrumento, é fundamental entender a comunidade não como espaço delimitado, mas sim onde moram pessoas, com características, hábitos e particularidades que precisam ser respeitadas e registradas (NETO; NEGREIROS, 2005).

Negreiros e Neto (2005) dizem também que o prontuário da família é instrumento fundamental como indicador da melhor qualificação da atenção praticada pela equipe e ferramenta de educação permanente dos seus membros, sem deixar de ser um documento importante em casos de auditoria ou em questões de conflitos legais. Elemento decisivo à melhor atenção à saúde dos seus membros, por conta disto precisa reunir informações necessárias à continuidade do acompanhamento prestado à família ou mesmo a um dos seus membros.

Conforme o Manual do Prontuário de Saúde da Família do Estado de Minas Gerais (2007) a estrutura do prontuário se faz pelos seguintes módulos: cadastro familiar; identificação familiar; composição familiar; histórico familiar; acompanhamento familiar; ciclos de vida entre outros instrumentos de avaliação. O prontuário de Saúde da Família está formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e os indivíduos que dela fazem parte. As informações contidas no prontuário são a base para análise de situação de saúde da população adscrita, programação das ações, controle e avaliação além de serem a fonte para alimentação de todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2007).

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada é do tipo qualitativa, exploratória e do tipo documental. A pesquisa qualitativa de acordo com Bosi; Mercado (2004) trata de uma atividade que demarca o lugar de um observador no mundo, capaz de reunir um conjunto de práticas materiais e interpretativas, tornando-as visíveis ao mundo. Este tipo de pesquisa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, é uma dependência viva entre sujeito e o objeto, junto a uma postura interpretativa, com o propósito comum de analisar as relações de práticas atribuídas pelo sujeito (BOSI; MERCADO, 2004).

Para Bervian; Cervo (2002) a pesquisa exploratória é normalmente o processo inicial da pesquisa, onde realiza as descrições precisas da situação, um auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas. Restringe-se a buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo. Para o mesmo autor, a pesquisa documental é o estudo da realidade presente onde são investigados os documentos a fim de se poder descrever e comparar usos e costumes, diferenças e outras características (BERVIAN; CERVO, 2002).

A pesquisa documental é a apresentação de fontes, que ainda não foram tratadas analiticamente, como diversos documentos arquivados, constitui uma fonte rica e estável de dados (CHEMIM, 2012).

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia Saúde da Família, situada em município do interior do Vale do Taquari. Esta unidade é composta por 06 (seis) microáreas e abrange uma população próxima dos 2.336 habitantes. A equipe de saúde desta ESF é composta por enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, auxiliar

de enfermagem, auxiliar administrativo, dentista, nutricionista, 02 médicos e auxiliar de consultório dentário.

Foram analisadas as anotações de enfermagem constantes nos prontuários de família pertencentes a todas as microáreas da referida ESF. Foram efetivamente analisados cinco prontuários de cada microárea, totalizando 30 prontuários.

A coleta de dados foi feita mediante sorteio e foram avaliados os registros de enfermagem realizados nos últimos 02 anos, utilizou-se, para isso, um roteiro estruturado (APÊNDICE A).

O sorteio dos prontuários foi feito através da organização de uma urna contendo a numeração de todas as famílias de cada microárea, abrangendo a totalidade das mesmas, em ordem crescente, ou seja, microárea 01, 02, 03 e assim sucessivamente. Foram retirados 05 números da urna, o que corresponde ao número de cada família acompanhada pela equipe, de cada microárea, até atingir o número total de prontuários previsto.

A pesquisa não envolveu seres humanos, mas dados coletados em prontuários. Para tanto, foi solicitada a autorização do secretário de saúde do município sede da ESF, através do Termo de Responsabilidade para Uso de Dados (APÊNDICE B), o qual garantiu sigilo sobre a identidade dos pacientes e uso das informações apenas para fins científicos. Foi solicitada também a permissão para a realização da pesquisa ao pró-reitor de ensino da UNIVATES. Após a obtenção das aprovações, o projeto foi encaminhado ao COEP UNIVATES. Somente após a aprovação do projeto pelo COEP UNIVATES é que a pesquisa foi iniciada.

Os resultados poderão ser publicados através de artigos científicos em periódicos da área ou sob forma de monografia a ser deixada na biblioteca da UNIVATES.

A análise de dados é um conjunto de instrumentos metodológicos que se encontra em constante aperfeiçoamento, aplicados em discursos diversificados. O fator comum destas técnicas tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação (BARDIN, 1977).

Neste estudo os dados foram analisados com auxílio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). A análise de conteúdo é formada a partir de três fases: primeira fase trata-se de uma pré-análise, na segunda fase há realização uma descrição analítica e na terceira fase, ocorre interpretação referencial.

Segundo Bardin (1977) a primeira fase (pré-análise) é o momento de organizar o material de escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final.

A segunda fase (descrição analítica) é a etapa mais longa e cansativa. É a realização das decisões tomadas na pré-análise. “Momento em que os dados brutos são coletados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo” (BARDIN, 1977).

Na terceira e última etapa se faz a categorização e a descrição dos dados ou o tratamento dos resultados que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teórico, pertinente à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (BARDIN, 1977).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este estudo foi realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado, RS, a qual acompanha 789 famílias e está dividida em 06 microáreas. A equipe de enfermagem desta unidade é formada por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. O bairro onde se situa a ESF apresenta grande vulnerabilidade social devido a baixa renda dos moradores, existência de violência, uso de drogas e de condições de saneamento inadequadas.

Foram avaliados 30 prontuários familiares após terem sido sorteados 05 de cada microárea, constituindo-se em uma amostra aleatória simples. Foram analisadas as anotações de enfermagem referentes aos 02 últimos anos de acompanhamento das famílias na ESF.

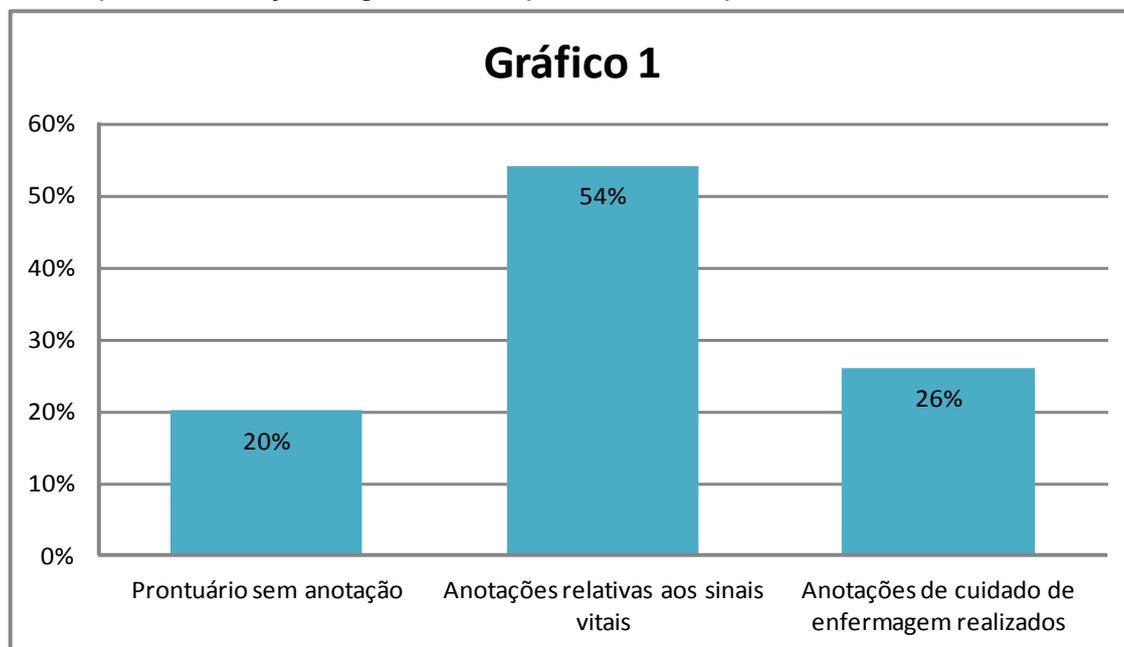
Em todas as microáreas havia um prontuário sem nenhum registro de enfermagem, totalizando 6 (20%). Os demais apresentavam registros sobre o tipo de atendimento prestado, os quais serão analisados a seguir.

A avaliação das anotações que constavam nos prontuários foi padronizada pela pesquisadora em prontuário com informações relativas aos sinais vitais e exame físico (pressão arterial, temperatura e peso) e prontuário que, além destas informações, continha registros sobre o cuidado prestado.

Com relação ao primeiro item pesquisado, se as anotações permitem avaliar a quantidade e qualidade do cuidado prestado, dos 24 (80%) prontuários que apresentaram condições de análise, 16 (54%) continham registros somente sobre a

pressão arterial, temperatura e peso e 08 (26%) continham, além destas informações, registros sobre os cuidados de enfermagem realizados, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Tipo de anotação registrada no prontuário do paciente



Fonte: Elaborado pela autora.

Os registros realizados pelos profissionais de saúde são considerados critérios de avaliação da qualidade dos serviços prestados (ITO *et al.*, 2011). Os procedimentos que constituem as bases do exame clínico são: a entrevista, a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta, além do uso de alguns instrumentos (BOTTURA, 2010).

A Resolução 429/2012, art. 1º, do Conselho Federal de Enfermagem, afirma que “é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (Resolução COFEN 429/2012).

Com relação ao segundo item avaliado, se existiam siglas ou abreviações nos registros, foi verificado entre os prontuários que continham anotações, que 24 (80%) prontuários possuíam diversas siglas e abreviações, situação que, muitas vezes, dificultou a compreensão do registro. Os sinais vitais pressão arterial e temperatura

foram expressos através das letras: PA e T; o peso, pela letra P. Além destas, outras abreviações estavam registradas, conforme demonstrado no quadro 1.

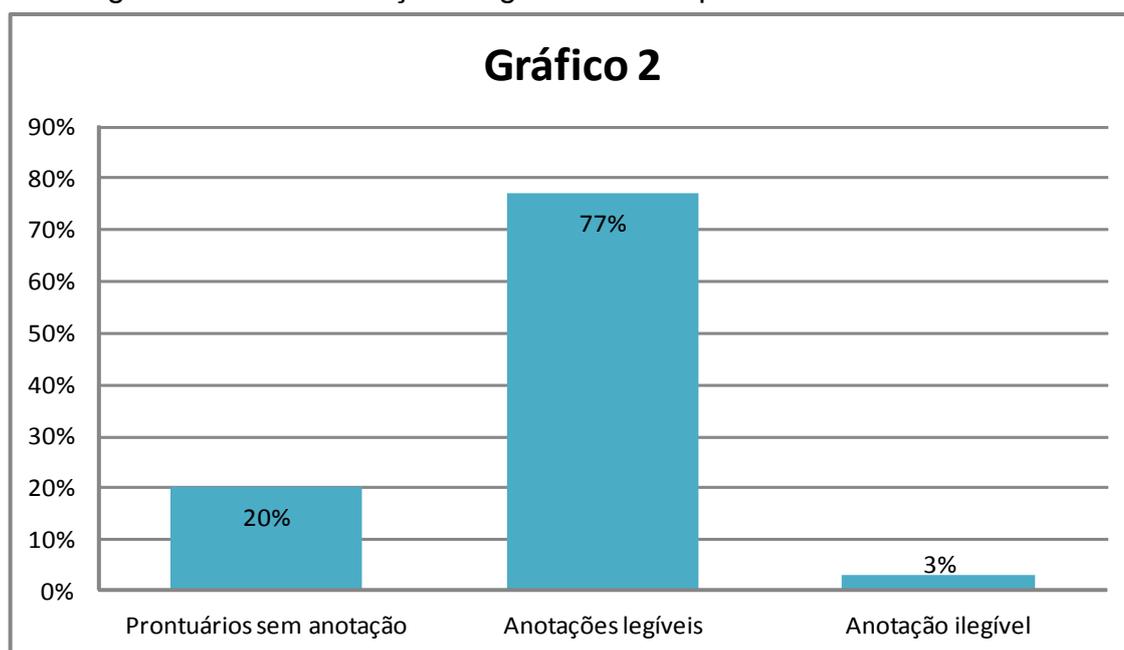
Quadro 1 - Siglas ou abreviações encontradas nos prontuários

Siglas ou abreviações	Significado
PC ou Parto C	Parto tipo cesariana
PN	Parto normal
P	Parto
P	Peso
PA	Pressão arterial
T	Temperatura
ATCO	Anticoncepcional oral
BV	Baixo ventre
CRAS	Centro regional de assistência social
VD	Visita domiciliar
CP	Citopatológico
NPCM	Negativo para células malignas
2a. 1M (pueri)	Dois anos e um mês (puericultura)
UI	Unidade
DM	Diabete Mellitus
PS	Pronto socorro
Palp.	Palpação
PCT	Paciente
ALT	Altura
MID	Membro inferior direito
CA	Câncer

Foi possível constatar que algumas siglas ou abreviações são de uso conhecido na área da saúde, outros não. Conforme (Ito *et al.*,2011) deve-se utilizar as abreviaturas padronizadas na instituição ou as que são mundialmente reconhecidas e convencionais contidas em literatura. Para Matsuda (2006) as anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da enfermagem.

Em relação à legibilidade das anotações, terceiro item avaliado, a grande maioria dos prontuários, ou seja, 23 (77%) apresentavam registros legíveis, apenas 01 (3,3%) não apresentava registro legível, pois o carimbo do profissional foi utilizado sobreposto à anotação conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Legibilidade das anotações registradas nos prontuários

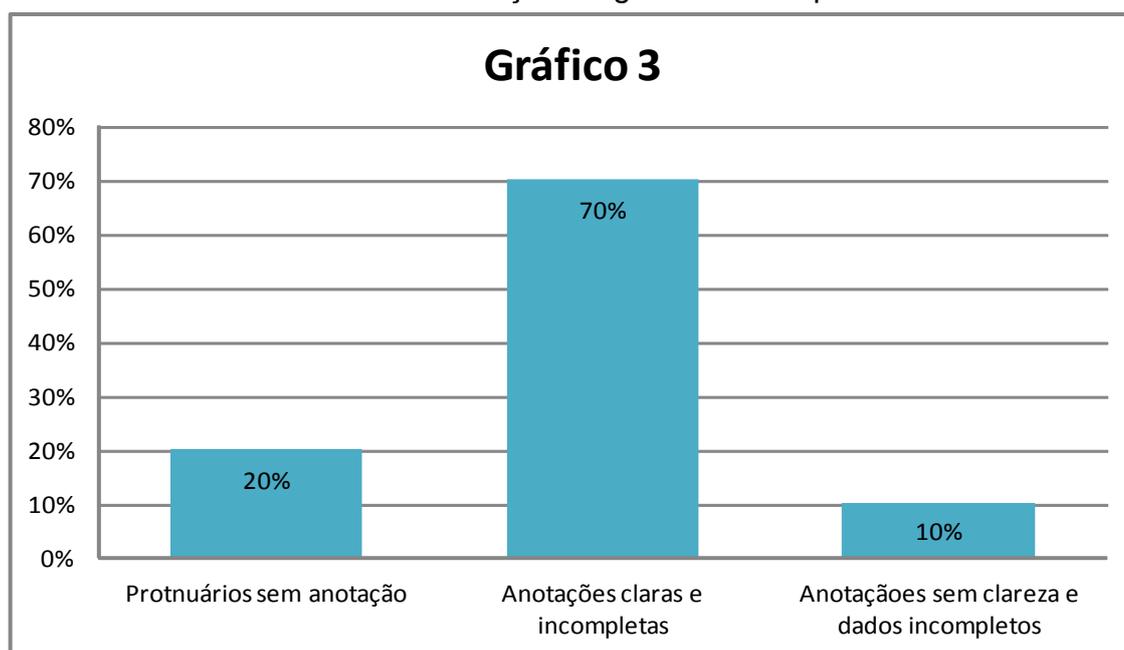


Fonte: Elaborada pela autora.

Segundo Lopes (2007) as anotações devem ser expressas de forma organizada e legível possibilitando a todos entendê-la, entretanto, se forem ilegíveis e incompreensíveis, tornam-se inúteis. A importância dos registros de enfermagem para a documentação e respaldo da profissão, mesmo com a conscientização dos profissionais, nem sempre ocorre com qualidade, ferramenta esta, que não é considerada necessária para o trabalho (AZEVEDO, 2012).

Conforme o item quatro analisado, que trata da clareza e coerência das anotações, 21 (70%) prontuários apresentavam anotações claras sobre o tipo de atendimento prestado, porém incompletas. Neste caso, constavam somente anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial e temperatura) e peso. Os 03 (10%) prontuários restantes mostraram anotações sem clareza e com dados incompletos, pois não permitiu identificar a real necessidade do paciente ou o tipo de cuidado prestado, conforme demonstrado a seguir, no gráfico 3.

Gráfico 3 – Clareza e coerência das anotações registradas nos prontuários



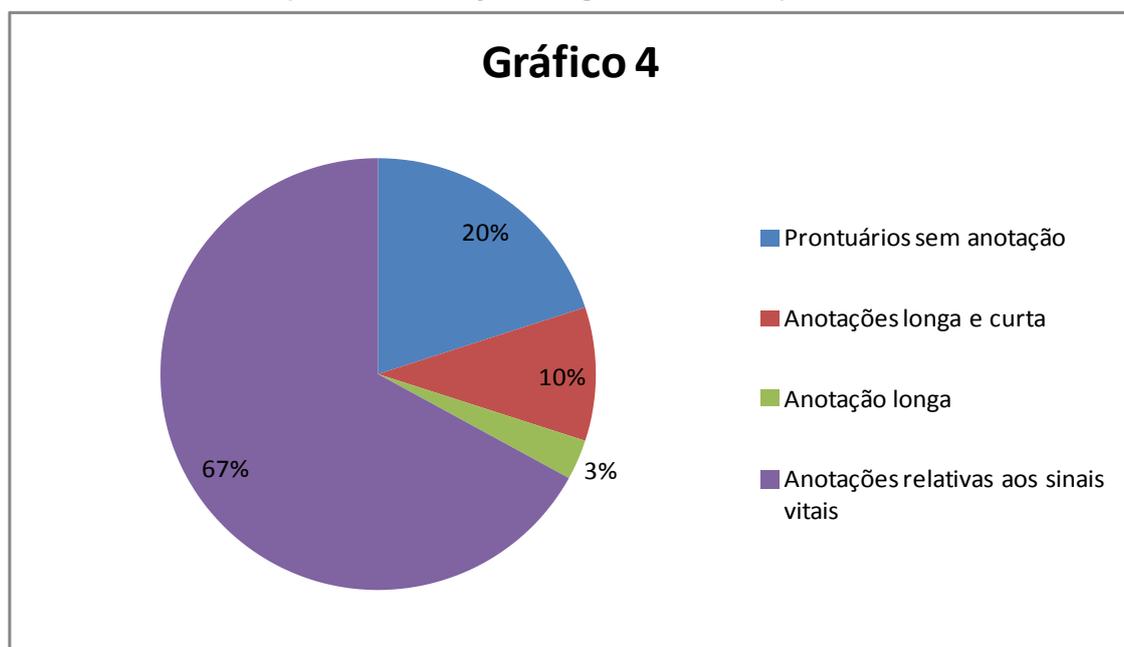
Fonte: Elaborado pela autora.

O registro representa a comunicação escrita dos fatos essenciais, deve ser claro e conciso, elaborado em linguagem compreensível e expresso de maneira inteligível (FONTES, 2006). A Resolução COFEN 311/2007, no art. 72º, trata da responsabilidade e dever de registrar informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar, deve ser feito de forma clara, objetiva e completa (COFEN, 2007).

Costa (2010) afirma que o registro inicial deve ser criterioso, no sentido de identificar os problemas e validar as informações coletadas.

Em relação à quantidade de anotações e tipo da anotação, quinto item avaliado, foi verificado se o registro era curto ou longo. 20 (67%) prontuários apresentam registros sucintos e continham somente anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial e temperatura) e peso. Prontuários contendo anotações curtas e longas foram 03 (10%). Um único prontuário (3%) apresentou um registro longo relatando o cuidado realizado pela equipe de enfermagem ao paciente, como orientações e técnicas assistenciais, conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Quantidade e tipo das anotações registradas nos prontuários

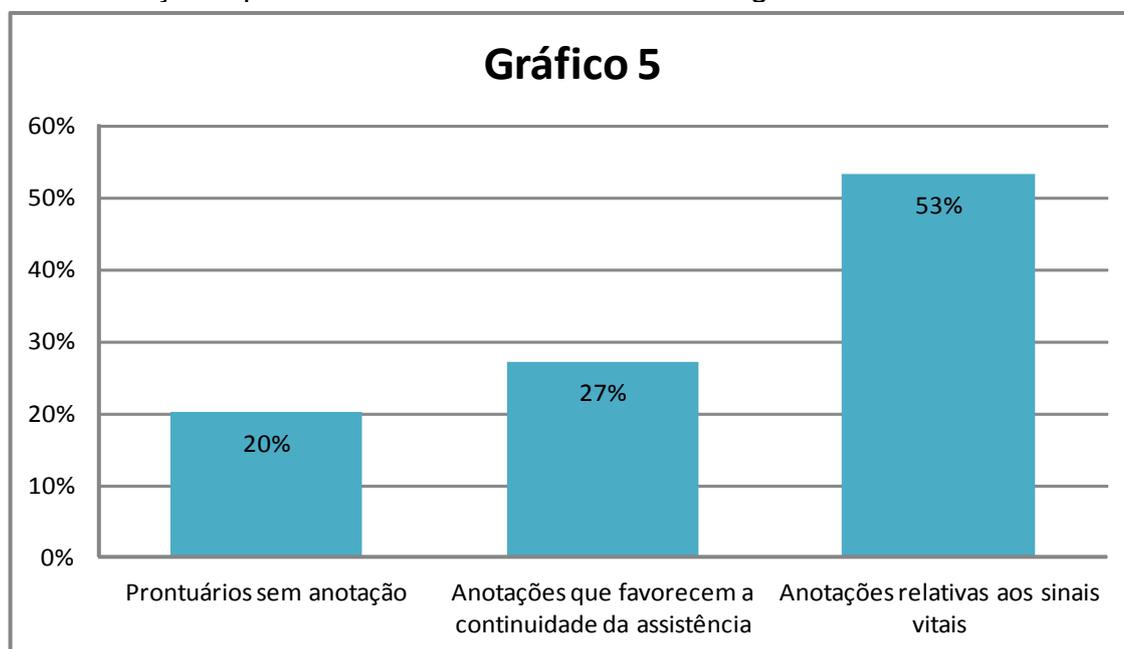


Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto mais longa e completa for à anotação da equipe de enfermagem, mais estará valorizando o seu trabalho, além de favorecer a continuidade da atenção ao paciente (LUZ, 2007). A clareza das anotações seja ela grande ou pequena se refere ao encadeamento das ideias, que deve obedecer a uma ordem determinada (DALRI, 1999).

A seguir foi analisada a viabilidade da continuidade ou seguimento da assistência prestada mediante os registros efetuados. 08 (27%) prontuários possuíam anotações sobre algum atendimento prestado ao paciente, de forma breve, mas foi considerado que as mesmas favoreciam a continuidade da assistência. Os demais, 16 (53%) prontuários, apresentaram somente anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial e temperatura) e peso, não focando a continuidade da assistência.

Gráfico 5 – Anotações que favorecem a continuidade ou seguimento da assistência



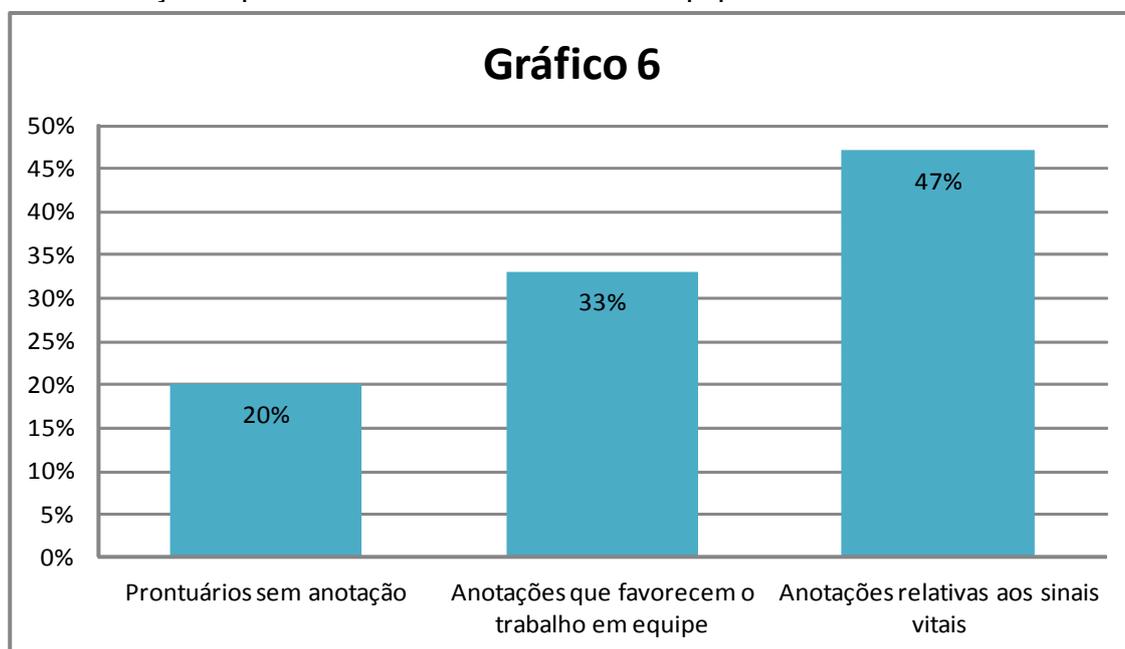
Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo Fontes (2006) o registro escrito reflete o grau de preparo dos profissionais e favorece a continuidade do trabalho. O registro do cuidado garante a qualidade da assistência enquanto transmitir mensagens legíveis, compreensíveis e úteis, promove reflexão, tomada de decisão e continuidade das ações (OCHOA-VIGO, 2002).

O item seguinte analisado, o qual questionou se a anotação favorece a realização do trabalho em equipe, 14 (47%) apresentavam em seus registros somente anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial e temperatura) e peso. 10 (33%) prontuários apresentavam anotações que favoreciam o trabalho em equipe. Exemplo:

Microarea 3 Realizo coleta de Cp, colo levemente sangrante, paciente relata ter casos de Ca na família, encaminhado ao gineco. S1

Gráfico 6 – Anotações que favorecem o trabalho em equipe



Fonte: Elaborado pela autora.

Santos et al. (2004), afirmam que se deve ter preocupação em relação aos registros, pois um relatório bem elaborado, com anotações precisas e essenciais para o atendimento, auxilia no diagnóstico e garante a continuidade do tratamento. Os registros são fonte inestimável de dados e são utilizados por todos os membros da equipe de saúde (GROSSI, 2011).

Os registros em prontuário estabelecem a comunicação escrita de informações pertinentes às condições de saúde-doença do cliente e dos cuidados que são necessários ao mesmo, com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência (COSTA, 2010).

Em relação ao item 8, que avaliou a presença da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), identificou-se que em todas as microáreas um, dois ou mais itens da SAE se faziam presentes. Em nenhum dos 30 prontuários foi encontrada a SAE completa.

Em (09) 30% prontuários, haviam anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial e temperatura) e peso. Exemplos:

Microarea 1: PA 90/60 P: 66kg M.37ª. S2

Microarea 2: V. a mãe do menino vem a unidade, solicitando receita médica para o menino, equipe da APAE, nos dá a prescrição diferente de como a mãe relata e é diferente das receitas que a mãe trouxe. S1

Outros 09 (30%) prontuários mostravam anotações contendo informações relativas aos sinais vitais e evolução da assistência de enfermagem e histórico de enfermagem. Exemplos:

Microarea 1: anotação relativa ao exame físico PA 110/60mmHg P 68kg Realizo administração de medicação IM. Ac (L). S3

Microarea 3: L 64 anos, namorando, histerectomia parcial, PN 2, sem queixas, realizo coleta de CP e palpação da mama s/ presença de nódulo palpável, colo não visualizado. Enf. S1

Microarea 5: Pct B Pa 200/140mmHg, pct refere cefaleia intensa, encaminhado ao PS. S1

Microarea 6 Realizo palpação nas mamas e na palp. não se observa nódulo palpável. Enf. S1

Microarea 4: M pct com alta hospitalar com receituário de losartana 25mg, omeprazol 20mg, Aas 100mg, sinvastatina 20mg. Uso externo insulina NPH-contínuo subcutâneo 7UI pela manhã o clínico que atendeu solicita manter acompanhamento em função renal e DM. Realizado orientações de cuidado c/ NPH e aplico 7UI COM. Solicito que venha a consulta o quanto antes possível. S1

Apenas 03 (10%) prontuários traziam anotações que tratavam da prescrição da assistência, evolução da assistência e relatório de enfermagem. Exemplos:

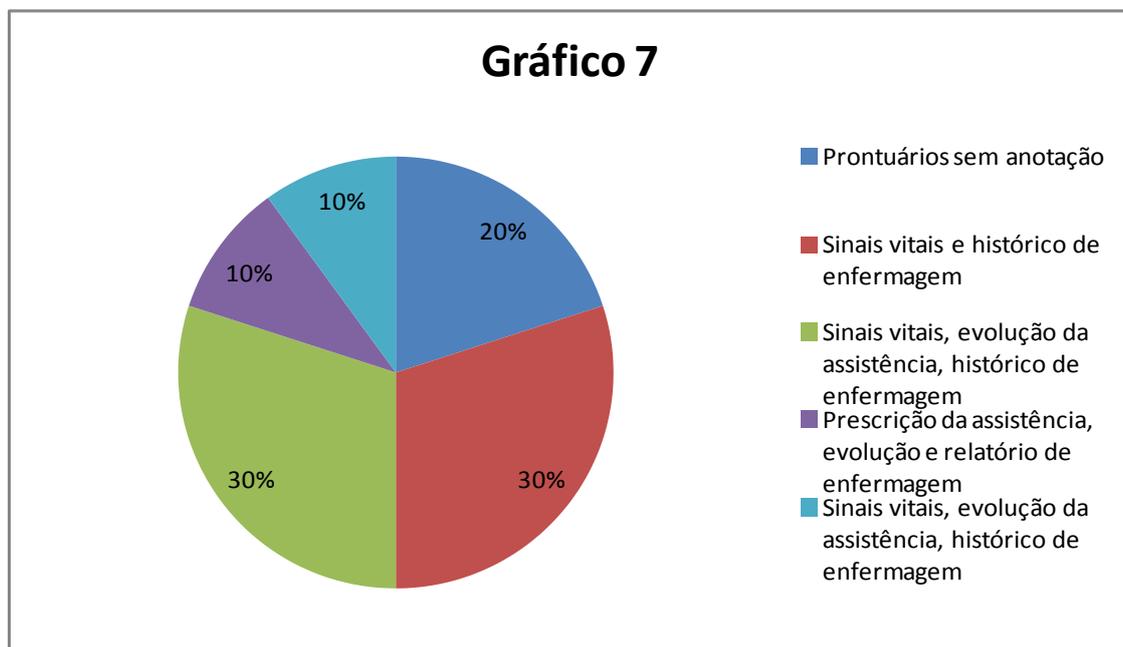
Microarea 2: M esteve na unidade com o objetivo de solicitar orientações, devido atitudes de sua esposa. O mesmo refere que J vem apresentando conversas estranhas quer engravidar de qualquer jeito com o objetivo de esquecer e minimizar a dor da perda do filho de 5 meses J já apresentou ideia suicida, como colocar toda família no carro e jogar para baixo de um caminhão, solicita o carro com maior

frequência e o marido refere preocupação. Não dorme a noite com medicação prescrita, mas não toma devido a esposa tomar o mesmo e mesmo assim não dorme, ele tem medo de alguma atitude. Realizei contato com o CRAS e agendado consulta com assistente social e psicóloga para 21/06/2012, oriento aos cuidados, compreensão e retorno a unidade. VD. Enf. S1

Registro relativo aos sinais vitais, evolução da assistência e histórico de enfermagem. Exemplos:

Microarea 6: G 63 anos, viúva, nega relação sexual, refere ter varizes na vagina devido 3PN. Nega uso de hormônio refere ter feito mamografia há 2 anos, auto exame em casa, mãe e irmã já tiveram CA de colo. Realizo CP. Paciente apresenta vagina ressecada com paredes flácidas, colo levemente avermelhado sem alteração. Oriento uso de lubrificantes em caso de relação sexual. S1

Gráfico 7 – Registro da Sistematização da Assistência em Enfermagem nos prontuários



Fonte: Elaborado pela autora.

A resolução COFEN 358/2009 (COFEN, 2009) art. 6º, diz que a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Para Amante (2009) a SAE consiste na documentação das ações de enfermagem em que todos da equipe fazem parte e podem contribuir, com informações ou atividades que favorecerão o cuidado do paciente. A não utilização da SAE deve-se ao distanciamento entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática, principalmente por não haver uma preocupação maior com a assistência e sim com a demanda (Silva et al., 2011).

O item 9 observou a identificação dos profissionais após os registros. Verificou-se que havia as mais diversas formas de identificação do profissional como: ausência de identificação; registros sem carimbo, mas com o número de registro no conselho de enfermagem; identificações corretas; registros que apresentam anotações apenas da função do profissional, sem assinatura ou apenas com o nome do profissional. Em todas elas havia a data.

A identificação do profissional e da sua categoria é um elemento imprescindível ao término da elaboração dos registros de enfermagem, visto que estes são documentos que sofrem implicações de ordem ética e legal. (ASSUNÇÃO, 2010). Toda anotação deve ser precedida de horário, colocando-se a data na primeira anotação do dia (MATSUDA et al., 2006).

A Resolução COFEN 191/1996, que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelo profissional de enfermagem, em seu Art 5º, Parágrafo III, afirma que “é obrigatório o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem em todo documento firmado, quando do exercício profissional”. (COFEN, 1996). Para Setz (2009) a padronização dos registros de enfermagem é necessária, pois existem falhas no que se refere à legibilidade, identificação e terminologia técnica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou a todos um grande aprendizado acerca da funcionalidade do prontuário, da importância dos registros e das atribuições de cada profissional no momento de anotar, tudo isso com a intenção de assegurar a qualidade da assistência durante o atendimento ao paciente e sua família.

O objetivo desta monografia foi avaliar os registros dos prontuários pertencentes a uma Estratégia de Saúde da Família da região do Vale do Taquari/RS, nos últimos dois anos.

A pesquisa realizada encontrou dados conflitantes e incompatíveis com o que traz as bibliografias e resoluções do sistema COFEN/COREN. Foi verificado que um prontuário em cada microarea não possuía qualquer registro, ou seja, 20% dos prontuários analisados não possuíam registros sobre a assistência de enfermagem prestada.

De acordo com a pesquisa, os dados que trazem a análise acerca da qualidade e quantidade da assistência, a grande maioria dos prontuários possuía anotações relativas aos sinais vitais, estas apresentaram apenas a quantidade, pois não havia mais nada registrado, outros restantes apresentaram anotações que permitiram identificar a qualidade da assistência incompleta, pois deveria ter sido relatado toda a situação do paciente e não apenas a assistência realizada. Ex: Realizo coleta de CP e palp. nas mamas.

Nesta pesquisa detalhada, buscou-se a presença de siglas e abreviações, sendo que foi encontrado um grande número de formas entre siglas e abreviações, situação está que muitas vezes pode ter dificultado a leitura da anotação e compreensão dos fatos. No que diz respeito às anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial, temperatura) e peso, esta se fazia presente, com dados incompletos, na maioria dos registros. Ex: PA 120/80 P 80kg.

A letra legível se fez presente na maioria das anotações, todas permitiram ler o registro, exceto de uma, onde havia um carimbo sobreposto á anotação. No que diz respeito à clareza e coerência das anotações, mais da metade dos prontuários apresentaram anotações claras, que permitiram a leitura e incompletas, sem conteúdo que permitisse entender o motivo da procura do paciente a unidade. Ex: Realizo aplicação de medicação IM.

De todos os prontuários analisados na pesquisa, um grande número de prontuários apresentou anotações que foram classificadas como curtas, estas expressavam apenas anotações relativas aos sinais vitais (pressão arterial, temperatura) e peso. O pequeno índice de anotações longas apresenta a baixa qualidade de informações do paciente, sobre seu estado de saúde e suas necessidades de assistência. Em todos os prontuários analisados com anotações, a SAE não se fazia presente na ordem que é preconizada pelo COFEN, quando presente se caracterizava de forma incompleta. A identificação do profissional após o registro é mais faltosa e deficiente, o uso do carimbo entre outras formas de identificação é quase nulo.

Os registros de enfermagem realizados tanto por enfermeiros quanto pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem, consistem na documentação das ações de enfermagem, frente a este conceito sugere-se que a equipe de enfermagem apesar de todas suas atribuições, não perca de vista o essencial de sua formação, o cuidado ao ser humano.

Os profissionais de enfermagem ainda não realizam os registros de forma eficiente, há erros grosseiros na elaboração destes, assim cabe ao enfermeiro elaborar programas educativos para a conscientização e melhora técnica das

anotações de sua equipe, de maneira que diminuam os erros e se aproximem da expressão precisa do cuidado realizado.

Considera-se fundamental que a enfermagem faça maiores investimentos, em volta de novas estratégias para modificar esta realidade sejam por meio de curso de extensão, aprimoramento, capacitações em serviço, grupos de discussão com a intenção de minimizar os problemas identificados, nas anotações, considerando sua importância na melhoria da qualidade do registro das ações de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, Rosana Claudia; DALRI Maria Célia Barcellos. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. **Ciênc Cuid Saude**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13812>. Acesso em: 05 out. 2012.
- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2012.
- AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=en&nrm=iso>. Access on: 13 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007>
- AZEVÊDO, Lorena Mara Nóbrega et. al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene*, Natal, v.13, n.1 Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18>. Acesso em: 01 nov. 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
- BORSATO, Fabiane Gorni *et al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2012.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 19 fev. 2012.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHEMIN, Beatris F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. 2. ed. Lajeado: Univates, 2012. E-book. Disponível em: <www.univates.br>. Acesso em: 14 maio. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 191/1996. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>. Acesso em: 09 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 272/2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>. Acesso em: 09 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 05 out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 358/2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 05 out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 429/2012. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 05 out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1638/2002. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acesso em: 13 nov. 2012.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, Sandra Patricia da; PAZ, Adriana Aparecida; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009&lng=en&nrm=iso>. Access on: 13 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100009>.

CRUZ, Mariene Miriam; BOURGET, Monique Marie. **A Visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010.

DALRI, Maria Cecília Barcelos. et al. **Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplante**. Ver. Esc. Enf. Usp. São Paulo, v.33. n3. Set. 1999.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Práticas de Enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

FONTES, Maria Cristina Ferreira; et al. Análise das anotações do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**, Natal, v.7 n.3 Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/752>. Acesso em: 05 out. 2012.

GROSSI, Ana Cândida Martins et al. **Sistematização da assistência de enfermagem**: percepções de enfermeiras. *Cienc Cuid Saude*. 2011. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10003>. Acesso em: 01 nov. 2012.

ITO, Elaine Emi. **Anotação de enfermagem reflexo do cuidado**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

LABBADIA, Lilian Lestingi; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 55-62, 2204.

LUZ, Alessandra da *et. al.* Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev eletrônica de Enferm**. 2007 Disponível em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/v9n2a05.htm. Acessos em 05 out. 2012

MATSUDA, Laura Misue et. al. **Anotações/registros de enfermagem**: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. *Ver eletrônica de Enferm*. 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080>. Acesso em: 05 out. 2012.

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2012.

MINAS GERAIS; Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria em enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Iátria, 2003.

NEGREIROS, Marcelus Motta; TAVARES-NETO, José. Proposta de prontuário para as equipes de saúde da família. **Revista APS**, v.8, n.2, p.123-142, jul/dez. 2005.

OCHOA-VIGO, Kattia et al . Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, dez. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2012.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. **O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S123-S133, 2008.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Ítátria, 2005.

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.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, jun. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2012.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al . O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=en&nrm=iso>. Access on: 13 Nov. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015>.

SILVA, Fábila Gama; TAVARES-NETO, José. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Ago. 2007. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2012.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médica-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para avaliar as anotações de enfermagem

Nº Prontuário: _____

Nº microárea: _____

Anotações	Sim	Não	NSA*	Observações
As anotações permitem avaliar a quantidade e qualidade do cuidado prestado?				
Existe presença de siglas ou abreviações ou não?				
A anotação é legível?				
A comunicação é clara e coerente?				
A anotação é curta ou longa?				
Relata a assistência prestada e sua continuidade?				
Quem escreve, denota a elaboração tendo como foco o trabalho coletivo da equipe?				
Existem todas as etapas da Sistematização de assistência em Enfermagem: Histórico de enfermagem; Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição da assistência de enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Relatório de Enfermagem?				
A identificação dos profissionais após a evolução é correta? Há assinatura, do nº do registro no COREN e data?				

*NSA: não se aplica

Outras observações pertinentes:

APÊNDICE B - Termo de Responsabilidade

Lajeado, ** de ***** de ****

Ao Secretário Municipal de Saúde

Prezado senhor:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a execução do projeto de Pesquisa intitulado Registros de enfermagem: análise de prontuários de uma estratégia saúde da família, proposto pela acadêmica Hemily Cenci Fuziger, sob orientação da Professora Ms. Giselda Veronice Hahn, do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES. Os pesquisadores comprometem-se a cumprir a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/1996, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

O referido projeto será realizado na Estratégia da Saúde da Família, situada no Bairro Conservas – Lajeado, RS. A coleta dos dados será feita no mês de agosto deste ano, mediante análise das anotações realizadas pela equipe de enfermagem nos prontuários das famílias feitas nos últimos dois anos. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição cooparticipante do presente projeto de pesquisa, dispondo da infra estrutura necessária para a realização do mesmo.

Atenciosamente

Nome e cargo do responsável pelo local de realização da pesquisa