

**REGISTROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO SUBSÍDIO À  
GESTÃO HOSPITALAR**  
**NURSING TEAM RECORDS AS SUPPORT FOR HOSPITAL MANAGEMENT**  
**REGISTROS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMO AYUDA A LA  
GESTIÓN HOSPITALARIA**

Alexandra Bulgarelli do Nascimento<sup>1</sup>

### RESUMO

Analisar a ocorrência, no prontuário do paciente, do registro de indicadores clínicos (dor e sinais vitais) e de indicadores de funcionalidade (tipo de banho, via de alimentação e tipo de locomoção). Foram analisados 430 prontuários de pacientes egressos de dois hospitais públicos de São Paulo. Os resultados demonstraram a ausência de registro dos indicadores propostos em maior ou menor proporção; priorização do registro dos indicadores clínicos no momento da admissão em comparação à saída do paciente; e priorização do registro dos indicadores de funcionalidade em detrimento dos indicadores clínicos. A precariedade do registro nos prontuários dos pacientes sugere a necessidade de investimento em gestão de pessoas, gestão dos processos de trabalho e melhoria nas condições de trabalho. Esta situação limita a prática gerencial baseada em evidências, coloca em risco o exercício legal da profissão e o acompanhamento clínico do paciente, que, por sua vez, pode impactar negativamente na qualidade assistencial.

**Descritores:** Registros de Enfermagem. Equipe de Enfermagem. Registros Médicos. Planejamento em Saúde. Administração Hospitalar.

### ABSTRACT

To analyze the documentation of clinical indicators (pain and vital signs) and functionality indicators (type of bath, feeding route and type of locomotion). We analyzed 430 charts of discharged patients from two public hospitals in São Paulo. The results indicated the absence of records of clinical indicators upon admission when compared to the patient's discharge. Higher priority was given to functionality indicators than to clinical indicators. The poor quality of records kept in patient charts indicates the need for investing in personnel management, work process management and improving working conditions. This situation limits evidence-based managerial practice, and puts the legal exercise of the profession in jeopardy, as well the patient's clinical care. In turn, such conditions can negatively impact quality of care.

**Descriptors:** Nursing Records. Nursing Team. Medical Records. Health Planning. Hospital Administration.

### RESUMEN

Se objetivó analizar historias clínicas del paciente buscando registro de indicadores clínicos (dolor y signos vitales) y de funcionalidad (como baño, vía de alimentación, tipo de locomoción, etc.). Fueron analizadas 430 historias clínicas de pacientes de alta en dos hospitales públicos de São Paulo. Los resultados demuestran ausencia de registro de los indicadores propuestos en mayor o menor proporción; priorización del registro de indicadores clínicos en la admisión por sobre el momento de alta y priorización del registro de indicadores

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda pela Escola de Enfermagem da USP. Docente de Pós-Graduação, Graduação e Extensão do Centro Universitário Senac - SP. E-mail: alexandra.nascimento@sp.senac.br.

de funcionalidad en detrimento de indicadores clínicos. La precariedad del registro sugiere necesidad de inversión en gestión de personas, gestión de procesos de trabajo y mejora de condiciones laborales. Tal situación limita la práctica gerencial basada en evidencias, pone en riesgo el ejercicio legal de la profesión y el seguimiento clínico del paciente que, a su vez, impacta negativamente en la calidad de atención.

**Descritores:** Registros de Enfermería. Grupo de Enfermería. Registros Médicos. Planificación en Salud. Administración Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a ocorrência do registro de indicadores clínicos e de funcionalidade no prontuário do paciente (PP).

O PP remonta ao século V a.C., quando Hipócrates estimulava os médicos a registrarem as suas observações. Florence Nightingale, no século XIX, também se preocupava em sistematizar o cuidado visando à melhoria da qualidade assistencial e à compreensão dos custos em saúde<sup>(1)</sup>.

Durante o século XVIII, com a evolução da instituição hospitalar e a profissionalização das intervenções em saúde, o PP passou a ser alvo de maior rigor, visando a garantir a segurança da prática médica a partir dos registros realizados<sup>(1)</sup>.

No século XX, com a diversificação das equipes de saúde, o aumento da complexidade das interações entre essas equipes e o paciente e a necessidade de gerenciamento das instituições de saúde, houve o desenvolvimento e implantação dos prontuários eletrônicos. Eles têm o objetivo de colaborar com a sistematização

dos registros em saúde e, conseqüentemente, a partir de análises estatísticas, extrair resultados que contribuam com a melhoria da assistência prestada ao paciente<sup>(2)</sup>.

O PP, concebido a partir da sua natureza de instrumento de registro das ocorrências com o indivíduo, emerge como uma ferramenta para otimização do uso dos recursos em saúde<sup>(1-4)</sup>, visto que ele também pode ser usado para a gestão de custos e dimensionamento de recursos<sup>(1)</sup>.

No entanto vários estudos apontam que as informações inseridas pela equipe de enfermagem no PP mostram-se insuficientes, seja pela ausência, incompreensão ou parcialidade dos registros<sup>(4-12)</sup>.

Dessa forma, parece haver uma lacuna teórica quanto à investigação da presença ou ausência do registro de informações específicas sob responsabilidade da equipe de enfermagem, como por exemplo: de indicadores clínicos – dor e sinais vitais: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e temperatura (T) – e de indicadores de funcionalidade – tipo de

banho, via de alimentação e tipo de locomoção.

Essas informações são relevantes para o acompanhamento clínico do paciente e para subsidiar a tomada de decisão quanto à alocação dos recursos necessários para a viabilidade do cuidado.

Essa preocupação decorre do fato de que vários estudos<sup>(13-15)</sup> apontam a urgência em se refletir sobre a necessidade de otimização dos sistemas de saúde, nos quais estão contidos os hospitais.

O hospital se configura como um equipamento de saúde de alto custo agregado e com indicação técnica precisa para o seu uso<sup>(13-15)</sup>. Mendes (2008)<sup>(13)</sup> e a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2007)<sup>(3)</sup> discutem a necessidade da disponibilidade de ferramentas gerenciais, ancoradas em informações de boa qualidade, a fim de subsidiar a tomada de decisão para o uso dos recursos em saúde, entre eles, do leito hospitalar.

Para que essa lógica seja factível faz-se necessário, inicialmente, avaliar quantitativamente as informações registradas no PP.

Nesse contexto, destaca-se a figura do enfermeiro, como profissional com formação assistencial e gerencial<sup>(16)</sup> que, desse modo, pode contribuir viabilizando processos de trabalho e a capacitação da equipe de enfermagem com o objetivo de

assegurar a sistematização do registro dos dados no PP.

Diante desse contexto, este trabalho pretende analisar a ocorrência no PP do registro de indicadores clínicos (dor e sinais vitais) e de indicadores funcionalidade (tipo de banho, via de alimentação e tipo de locomoção).

## MÉTODO

O estudo é do tipo descritivo e transversal. Os dados foram coletados em julho/2010, em dois hospitais públicos secundários do município de São Paulo, denominados aqui como Hospital A e Hospital B.

A Prefeitura de São Paulo dispõe de duas modalidades de gestão dos seus serviços hospitalares: uma desempenhada pela Autarquia Municipal de São Paulo (em 14 hospitais) e outra pelas Organizações Sociais de Saúde (em quatro hospitais), segundo informações da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (dados de abril/2010).

A escolha pela análise dos registros dos PP de instituições vinculadas à Autarquia Municipal de São Paulo ocorreu por esta apresentar maior número de hospitais sob sua responsabilidade e por possuir como histórico organizacional a prática na administração exclusiva de serviços públicos.

Em abril/2010, o Hospital A e B possuíam, respectivamente, 184 e 107 leitos para internação. O Hospital A localizava-se na zona leste e o Hospital B na zona norte do município. Entretanto apenas o Hospital A dispunha do Programa Hospital Domiciliar (PHD) da Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo, que prestava atendimento domiciliário a, aproximadamente, 20 pacientes.

O tamanho da amostra foi determinado a partir dos parâmetros definidos com base em um estudo piloto, admitindo o nível de 95% de confiança e 5% de erro, totalizando a necessidade de análise mínima de 384 prontuários, ou seja, 192 PP por hospital.

Optou-se pela análise mínima de 51% dos PP disponibilizados no período proposto, totalizando 215 PP estudados aleatoriamente em cada hospital, ou seja, 51% dos PP de egressos do Hospital A e 52% dos PP de egressos do Hospital B, em comparação ao número de internações, totalizando 430 PP analisados.

Após aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, registrada sob o nº 867/2009/CEP-EEUSP, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, registrada sob o nº 221/2010/CEP-SMS, foi solicitada a autorização para a coleta dos dados à direção dos hospitais.

Com o aceite da direção dos hospitais para a realização da pesquisa, por meio do Termo de Responsabilidade, o Serviço de Arquivo Médico (SAME) disponibilizou os PP egressos em abril/2010.

A escolha pela análise dos PP referentes ao mês de abril/2010 decorreu do fato de que esse era o único período que se apresentava disponível para análise em ambos os hospitais no momento da coleta de dados (julho/2010). Essa limitação adveio porque o arquivamento dos PP ocorria de forma descentralizada e em períodos diferentes nos hospitais estudados.

Os dados foram registrados no instrumento intitulado "Formulário de Demanda de Cuidados". Ele foi desenvolvido única e especificamente para esta pesquisa, visto a ausência de instrumentos validados que atendessem ao objetivo de registrar os dados relativos aos indicadores clínicos (dor e sinais vitais: PA, FC, FR e T) e de funcionalidade (tipo do banho, via de alimentação e tipo de locomoção). Esses dados foram coletados nos momentos de admissão e saída dos pacientes do serviço hospitalar, que foram escolhidos devido à possibilidade de maior uniformidade do registro em ambos.

A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva com apresentação dos resultados através de frequência percentual da ocorrência dos indicadores nos dois hospitais estudados.

## RESULTADOS

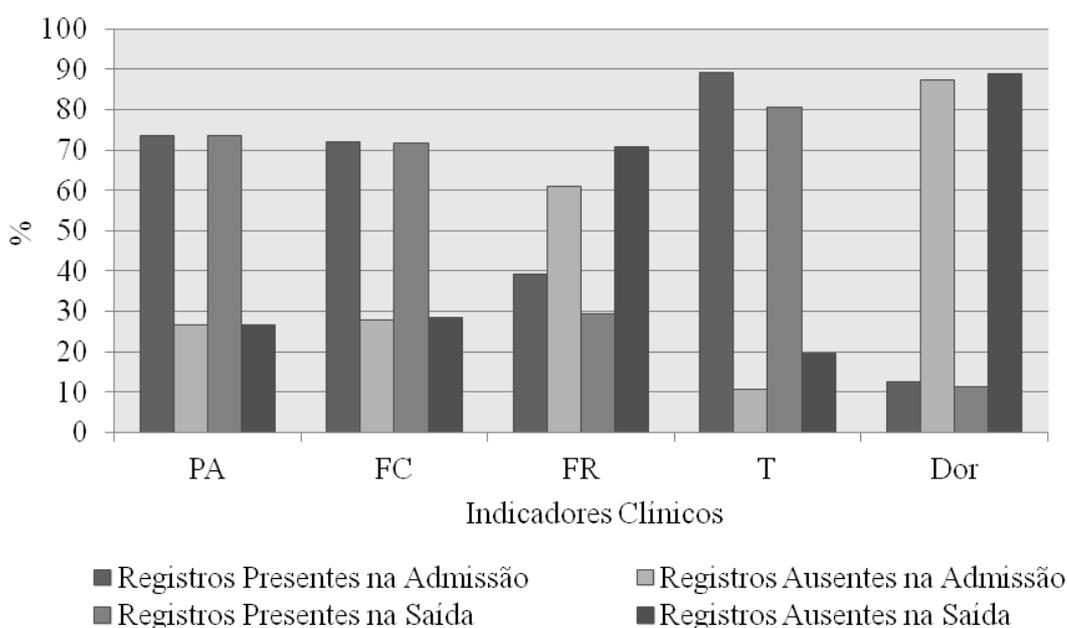
A grande maioria dos indicadores analisados não foi registrada na totalidade dos PP analisados.

O gráfico 1 mostra que, no Hospital A, as variáveis FR e dor foram as menos registradas em comparação às demais variáveis, bem como a variável T foi a com maior ocorrência de registro em comparação às demais variáveis.

Observa-se que houve um padrão de similaridade de registro comparando-se os momentos de admissão e saída entre as variáveis PA e FC.

O mesmo, todavia, não ocorreu com as variáveis FR, T e dor, as quais apresentaram decréscimo de registro no momento da saída do serviço em comparação à admissão.

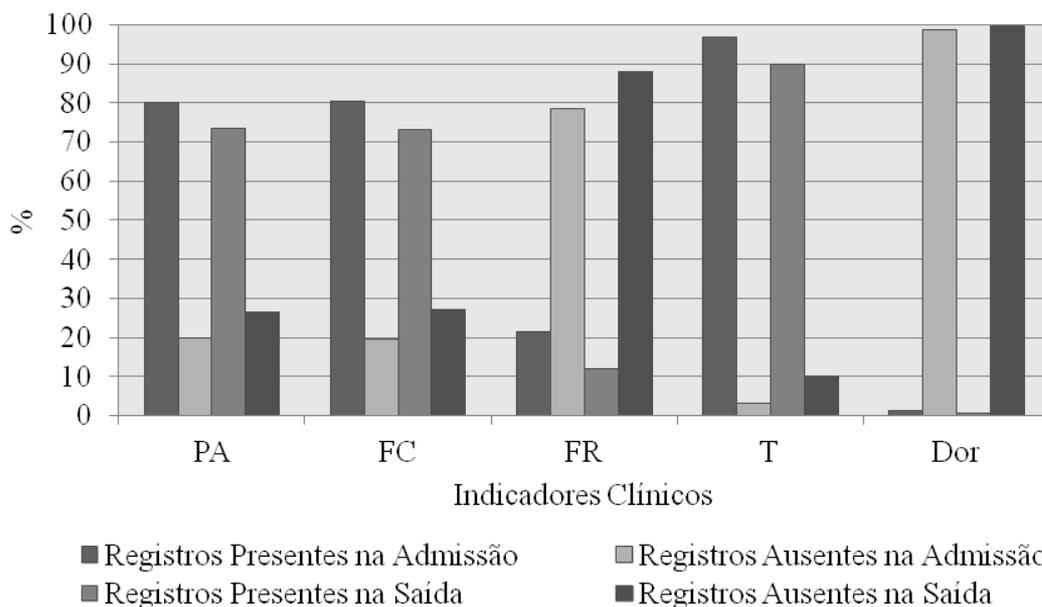
Gráfico 1 - Percentual da ocorrência do registro dos indicadores clínicos no Hospital A nos momentos de admissão e saída do serviço. São Paulo, 2014.



O gráfico 2 ilustra que, no Hospital B, as variáveis FR e dor foram as que apresentaram menor ocorrência de registro em comparação às demais variáveis, bem como a variável T foi a com maior ocorrência de registro em comparação às demais variáveis.

Observa-se que houve um padrão de decréscimo de registro no momento da saída do serviço em comparação à admissão em todas as variáveis propostas.

Gráfico 2 - Percentual da ocorrência do registro dos indicadores clínicos no Hospital B nos momentos de admissão e saída do serviço. São Paulo, 2014.



Comparando-se os gráficos 1 e 2, verifica-se que o Hospital B teve maior ocorrência de registro das variáveis PA e FC em comparação ao Hospital A, enquanto o Hospital A apresentou maior ocorrência de registro nas demais variáveis em comparação ao Hospital B. Porém nenhuma das variáveis alcançou 100% de ocorrência de registro.

O gráfico 3 mostra que, no Hospital A, as variáveis referentes à análise da funcionalidade apresentaram registro em

mais de 90% dos prontuários analisados, bem como observou-se aumento no percentual de registro comparando-se o momento da admissão com o momento da saída do serviço.

O gráfico 4 evidencia que, no Hospital B, as variáveis referentes à análise da funcionalidade apresentaram registro em quase 100% dos prontuários analisados, em ambos momentos analisados.

Gráfico 3 - Percentual da ocorrência do registro dos indicadores de funcionalidade no Hospital A nos momentos de admissão e saída do serviço. São Paulo, 2014.

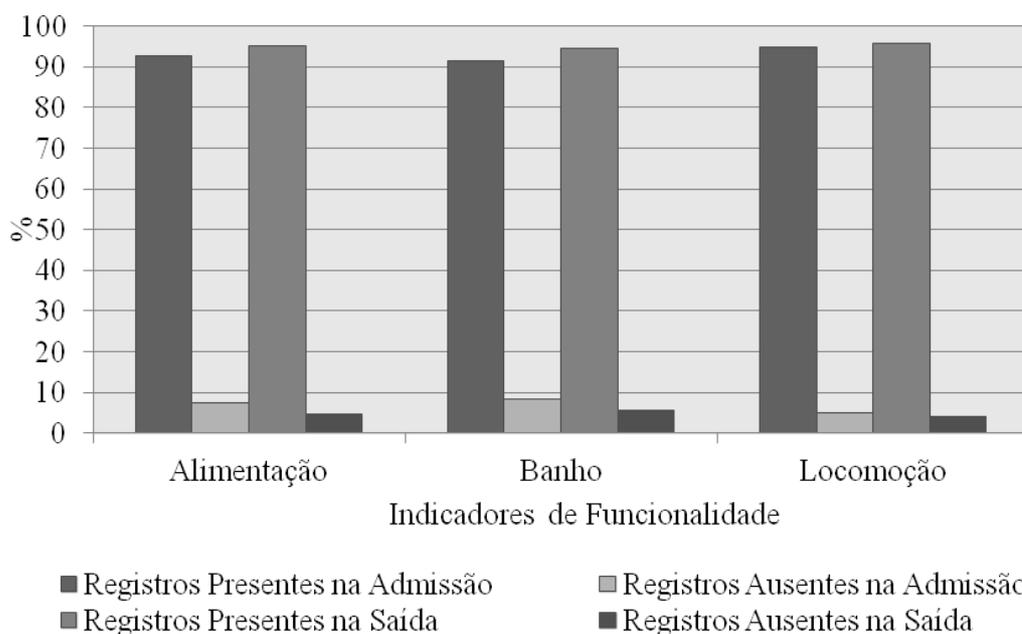
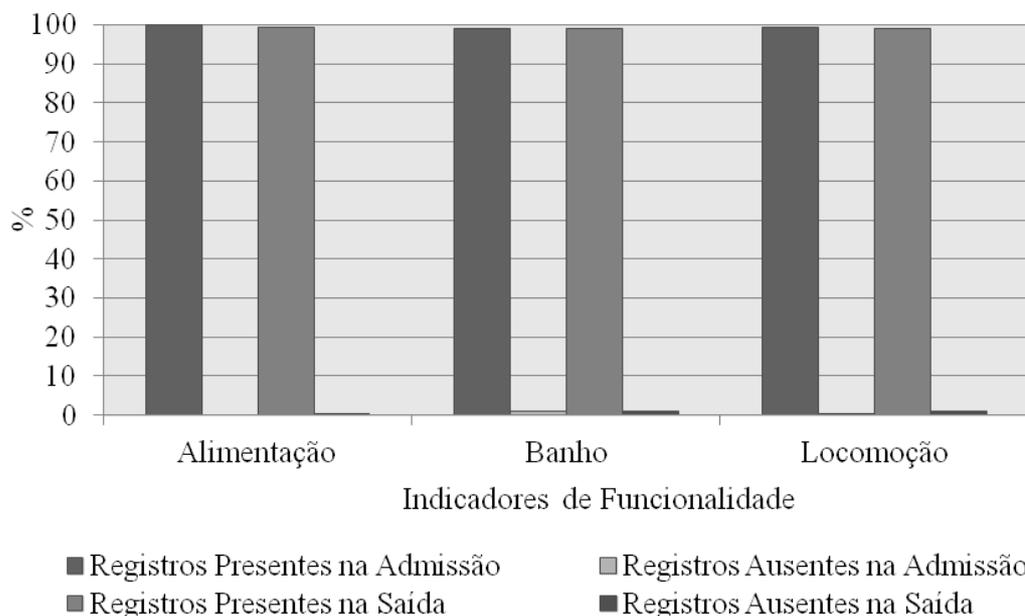


Gráfico 4 - Percentual da ocorrência do registro dos indicadores de funcionalidade no Hospital B nos momentos de admissão e saída do serviço. São Paulo, 2014.



Comparando-se os gráficos 3 e 4, verificou-se que o Hospital B apresentou maior ocorrência do registro das variáveis referentes à funcionalidade em comparação ao Hospital A, seja no momento da

admissão e no momento da saída do serviço.

Comparando-se os gráficos 1 e 2 com os gráficos 3 e 4, observou-se que a ocorrência do registro foi maior entre as

variáveis de funcionalidade em comparação às variáveis clínicas.

## DISCUSSÃO

O PP se constitui numa fonte de informação relacionada à prática legal do exercício profissional, ao acompanhamento da evolução clínica do paciente com a finalidade de embasar a intervenção terapêutica e à gestão em saúde<sup>(1,2,4,17)</sup>.

Para tanto, faz-se necessário que os registros no PP estejam presentes e sejam objetivos, claros e concisos, bem como estejam disponíveis para as equipes assistenciais e gerenciais.

Neste estudo foi evidenciada a parcialidade do registro dos indicadores clínicos e de funcionalidade na totalidade dos PP analisados, o que possivelmente compromete os objetivos primordiais do PP.

Este resultado corrobora os achados de um estudo que analisou as anotações da equipe de enfermagem e evidenciou a parcialidade ou erro nos registros, sendo discutido que essa situação pode colocar em risco a qualidade assistencial prestada ao paciente<sup>(8)</sup>. Essa ideia pode ser aplicada ao presente estudo, visto que a ausência acentuada do registro nos PP referente a FR e dor, bem como, em menor proporção, aos demais indicadores, pode implicar em

deficiências assistenciais ao paciente, expondo-o a riscos.

A precariedade dos registros no PP demonstrada neste estudo é dissonante à tendência de uma práxis gerencial no setor saúde baseada em evidências, a qual só se materializa mediante a implantação de sistemas de informação que, obrigatoriamente, requerem excelência na qualidade dos registros dos dados<sup>(3,13,14)</sup>.

Por exemplo, para a gestão clínica de casos é imprescindível a disponibilidade de dados clínicos, como apresentado num estudo que discutiu a gestão da produção da informação assistencial como parte da gestão da qualidade assistencial hospitalar<sup>(18)</sup>. Diante disso, parece fundamental que os hospitais tenham à disposição o registro dos indicadores clínicos e de funcionalidade para subsidiar a tomada de decisão gerencial.

Sem a pretensão de propor uma solução ímpar e linear para esse problema, uma proposta para minimizar a situação evidenciada neste estudo seria a capacitação da equipe de enfermagem para o registro adequado dos dados.

Essa sugestão é apontada em outros estudos como parte de um processo de mudança<sup>(10,18)</sup>, visto a necessidade de sensibilizar os profissionais envolvidos nesse processo de trabalho, envolvendo-os e responsabilizando-os pelo sucesso dos resultados alcançados, desenvolvendo,

dessa forma, uma cultura de valorização da informação<sup>(18)</sup>.

Para isso, faz-se necessário estudos posteriores que investiguem alguns achados deste estudo, como a priorização do registro dos indicadores clínicos no momento da admissão em comparação ao de saída do paciente e a priorização do registro dos indicadores de funcionalidade em detrimento dos indicadores clínicos.

Quanto à priorização do registro dos indicadores clínicos no momento da admissão em comparação ao de saída do paciente, pode-se propor que os indicadores clínicos talvez estejam vinculados ao cumprimento de protocolos que exijam maior rigor do registro no momento da admissão em comparação ao momento da saída, como, por exemplo, no caso da transferência do paciente ou da alta prescrita, situações em que, equivocadamente, pode-se pensar na cessação da responsabilidade quanto à continuidade do monitoramento clínico do paciente.

Vale mencionar que, entre os indicadores de funcionalidade, não se observou essa priorização no registro, comparando-se o momento de admissão com o de saída do paciente.

Quanto à priorização do registro dos indicadores de funcionalidade em detrimento dos indicadores clínicos, pode-se propor que talvez esteja relacionada à

ideia de que cabe, prioritariamente, à equipe de enfermagem os cuidados relacionados a higiene e conforto, enquanto os cuidados relacionados ao monitoramento clínico caberiam à equipe médica.

Essas evidências merecem ser alvo de profunda investigação, pois, para a proposição de mudanças nos processos de trabalho, faz-se necessária a compreensão dos motivos pelos quais a equipe de enfermagem não realizou os registros pertinentes a sua prática profissional.

Aspectos relacionados ao despreparo e ao acúmulo de tarefas da equipe de enfermagem mostraram-se como fatores para essa insuficiência de registro no PP, como discutido num estudo que analisou 68 PP com o objetivo de identificar os erros de registro na administração de medicamentos e que propôs, além da capacitação da equipe de enfermagem, o desenvolvimento de ferramentas de gestão assistencial para o monitoramento dos registros<sup>(11)</sup>.

Outro estudo que analisou a qualidade do cuidado de enfermagem, por meio da avaliação de um programa existente há 10 anos, concluiu que a qualidade está relacionada à modificação do processo de trabalho de enfermagem, o que envolve a compreensão do comportamento dos profissionais envolvidos, bem como a manutenção de

programas de educação permanente e de lideranças capacitadas e engajadas com a instituição e com o cuidado de enfermagem<sup>(19)</sup>.

A ausência ou parcialidade nos registros sob a responsabilidade da equipe de enfermagem podem ocorrer não simplesmente por aspectos isolados dessa equipe, mas provavelmente por múltiplos aspectos, como aqueles relacionados às condições de trabalho, educação continuada, desenvolvimento de equipes e liderança, processos de trabalho, empoderamento sobre a sua prática profissional, entre outros.

Entretanto vale relativizar que este estudo teve um delineamento transversal, o que pode ter interferido nos resultados apresentados. Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros sejam desenvolvidos de forma longitudinal, a fim de verificar se esse padrão de registro se confirma.

Portanto este estudo evidenciou a precariedade de alguns registros no PP sob responsabilidade da equipe de enfermagem e tentou alertar para a importância do registro completo no PP para fins legais, de acompanhamento clínico e de gestão hospitalar, bem como a pertinência de uma equipe de enfermagem partícipe e proativa nesse processo de trabalho do qual ela é protagonista.

## CONCLUSÕES

Este estudo identificou a ausência de registro na grande maioria dos PP analisados, seja quanto aos indicadores clínicos (dor e sinais vitais) ou de funcionalidade (tipo de banho, via de alimentação e tipo de locomoção), em maior ou menor proporção.

Além disso, evidenciou a priorização no registro dos indicadores clínicos no momento da admissão em comparação ao de saída do paciente, bem como a priorização dos indicadores de funcionalidade em detrimento dos indicadores clínicos, o que se recomenda que seja alvo de investigação em estudos posteriores.

A precariedade do registro nos PP analisados sugere a necessidade de investimento em gestão de pessoas, gestão dos processos de trabalho e melhoria nas condições de trabalho, uma vez que essa situação limita a prática gerencial baseada em evidências, a qual tem como matéria-prima a informação para subsidiar a tomada de decisão, bem como coloca em risco o exercício legal da profissão da equipe de enfermagem e o acompanhamento clínico do paciente, que por sua vez pode impactar negativamente na qualidade assistencial.

## REFERÊNCIAS

1. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes AN. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos. *Scient Medica*. 2011;21(3):121-31.
2. Farias JS, Tomas AG, Vargas ER, Albuquerque PHM. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de saúde. *Rev Adm Publ*. 2011;45(5):1303-26.
3. Minas Gerais. Secretaria de Saúde do Estado. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2007.
4. Pompílio-Júnior A, Ermetice E. Indicadores de uso do prontuário eletrônico do paciente. *Journal Health Informatics*. 2011;3(1):9-12.
5. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Médica*. 2007;31(2):113-26.
6. Souza RFF, Dias FMP, Oliveira JA, Souza SROS. Análise do registro de enfermagem sobre procedimentos realizados na unidade de terapia intensiva. *Nursing*. 2011;13(156):268-72.
7. Domiciano V, Fonseca AS, Moura AC. Prontuário do paciente: um desafio para os profissionais de enfermagem no departamento de emergência. *Nursing*. 2010;13(147):417-22.
8. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. *Rev Eletron Enferm*. 2006;8(3):415-21.
9. Buzarri CV, Chianca TC. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. *Nursing*. 2005;8(90):518-22.
10. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(3):325-9.
11. Melo LR, Pedreira MLG. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):180-5.
12. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(1):55-62.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(4):3-11.
14. Organização Mundial da Saúde - OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação (relatório mundial). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

15. La Forgia GM, Couttolenc BF. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington: The World Bank; 2008.
16. Lourenção DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):91-7.
17. Braga-Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 6-16.
18. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Cienc & Saude Coletiva. 2007;12(4):935-44.
19. Silva LGC, Haddad MCFL, Viruri DW, Jodas DA, Otrenti E. Dez anos buscando a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem em um hospital universitário. Rev Enferm Atenção à Saúde. 2012;1(1):44-56.

Artigo recebido em 12/09/2013

Aprovado para publicação em 21/07/2014.