
Classificação da assistência de enfermagem baseada nos registros em prontuários de pacientes hospitalizados

Classification of nursing care based on medical records of hospitalized patients

Caren Franciele Coelho Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0715-8137>

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/EBSERH), Brasil

E-mail: carenfrancielecoelhodias@yahoo.com.br

Suzinara Beatriz Soares de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2162-8601>

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

E-mail: suzibslima@yahoo.com.br

Marcella Gabrielle Betat

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6235-3907>

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil

E-mail: marcella.betat@gmail.com

Bruna Rossarola Pozzebon

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5734-5355>

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

E-mail: brunarpozzebon@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo classificar a assistência de enfermagem baseada nos registros em prontuários de pacientes hospitalizados. Trata-se de um estudo documental, prospectivo, com abordagem quantitativa. Realizada com prontuários de 390 pacientes internados, num Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul, nas Unidades de Clínica: Cirúrgica, Médica I e Médica II, de setembro a dezembro de 2017. Utilizou-se um instrumento com indicadores da qualidade, conforme o Registro de Busca Ativa (RBA) para análise dos achados e classificou-se como adequada a assistência com eficácia igual ou superior a 80%. Os resultados demonstram a adequação e classificação da assistência de enfermagem RBA como inadequada, de qualidade Insuficiente nas três unidades, sendo, na Clínica Cirúrgica de 51,5%, na Clínica Médica I de 69,4% e na Clínica Médica II de 55,1%. O preenchimento dos registros de enfermagem demonstrou-se insuficiente nas unidades pesquisadas, podendo causar implicações na atuação e eficácia no cuidado ao paciente.

Palavras-chave: Registros de enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em enfermagem; Cuidados de enfermagem; Indicadores de qualidade em assistência à saúde;

ABSTRACT

The aim of this study was to classify nursing care based on the medical records of hospitalized patients. This is a documentary, prospective study with a quantitative approach. It was carried out with the medical records of 390 patients admitted to a University Hospital in the interior of Rio Grande do Sul, in the Clinical Units: Surgical, Medical I and Medical II, from September to December 2017. An instrument with quality indicators, according to the Active Search Register (RBA), was used to analyze the findings, and care with efficacy equal to or greater than 80% was classified as adequate. The results show the adequacy and classification of RBA nursing care as inadequate, of Insufficient quality in the three units, with 51.5% in the Surgical Clinic, 69.4% in the Medical Clinic I and 55.1% in the Medical Clinic II. Nursing records were found to be insufficient in the units surveyed, which could have implications for the performance and effectiveness of patient care.

Keywords: Nursing records; Quality of health care; Nursing assessment; Nursing care; Quality indicators; Health care;

INTRODUÇÃO

As anotações são ferramentas que devem ser utilizadas pelos enfermeiros, sobre o paciente, tratando-se tanto de informações objetivas como subjetivas. Por isso, são relevantes para o acompanhamento do cliente, não só para a equipe de enfermagem, como por todos os profissionais que venham a tratar do mesmo. Conforme a Resolução nº 514 de 2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os registros devem conter dados como data, nome do paciente, assinatura do profissional, também, informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar, descritas de forma clara, objetiva e completa (COFEN, 2016).

Nesse contexto, os registros de enfermagem são entendidos como qualquer informação produzida pela equipe de saúde e devem remeter a fatos relacionados com o paciente e seu cuidado, compondo um importante instrumento de informação sobre as condições de saúde e adoecimento, tornando-se um norte para a prática da profissão. Com relação a sua duração, necessitam ser realizados pelo profissional, a cada turno de trabalho ou sempre que necessário, em âmbito hospitalar, costumam ter duração de 24 horas. Necessitando serem diariamente analisados novamente e reconstruídos, pois refletem e documentam o cuidado (FERREIRA et al., 2020, KRAUZER et al., 2015).

Nesse sentido, as instituições de saúde buscam o aprimoramento da qualidade das anotações de enfermagem, que podem comprovar ou não, o tratamento realizado ao enfermo, possibilitando uma avaliação fidedigna do atendimento, podendo, assim, corroborar com a prestação da assistência, definindo mudanças no modo de fazer saúde e na busca pelo melhor atendimento possível ao usuário. Desse modo, devem ser realizadas no intuito de acolher as necessidades do cliente, possibilitando o seu contentamento e da própria instituição com os serviços prestados (DIAS; LIMA; FERNANDES, 2018). Em ambientes hospitalares, o registro escrito é um dos principais instrumentos de comunicação utilizado pelas equipes envolvidas no cuidado ao paciente. Além disso, quando as anotações de enfermagem não são realizadas de forma correta, fortalecem o déficit na qualidade das mesmas, podendo corresponder ou não à prática profissional.

Dessa forma, torna-se pertinente para garantir o cuidado e a segurança, que essas anotações sejam as mais completas e fidedignas possíveis. Qualquer desvio do real quadro clínico do usuário, como descrição incompleta ou não realizada dos cuidados prestados, podem trazer implicações, como administração duplicada ou indevida de medicamentos,

até a não consideração de reações adversas pré-ocorridas, mensurando uma má qualidade da assistência de enfermagem (COFEN, 2016, VITURI; ÉVORA, 2014).

A análise dos prontuários é capaz de fundamentar melhores práticas assistenciais, visto que sua avaliação oportuniza o desenvolvimento de estratégias e ações que objetivem melhorias no cuidado e representa um respaldo legal ao profissional. Os registros não devem ser considerados como uma imposição burocrática. É fundamental compreender sua importância e as consequências decorrentes da falta ou incompletude desse document (FERREIRA et al., 2020).

A realização completa dos registros de enfermagem permite aos profissionais determinar as ações de cuidar, desenvolvidas no processo de trabalho definindo como as equipes desempenham, representam e significam o cuidado de enfermagem, que contém evidências da história e da cultura profissional. Alguns fatores podem influenciar na qualidade dos registros, a saber: a inexistência de dimensionamento de pessoal, que implica no excesso de pacientes sob a responsabilidade da equipe de enfermagem; a falta de capacitação dos profissionais na utilização de formulários eletrônicos; o desconhecimento sobre as implicações ético e legais dos registros; e a carência de infraestrutura adequada e equipes bem treinadas e gerenciadas (ARAÚJO; DINIZ; SILVA, 2017). Portanto, a prática de documentar a assistência prestada representa um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem (FERREIRA et al., 2020).

Devido ao importante papel dos profissionais nos registros de enfermagem e com o objetivo de evidenciar uma maior eficácia no seu preenchimento, a pesquisa pretende contribuir por meio da classificação da assistência, de acordo com esses documentos, e, dessa forma ratificar a importância dos mesmos no desenvolvimento dos cuidados ao paciente. Dessa forma, o estudo incentivará melhores práticas de cuidado e que mais pesquisas sejam realizadas na área, para que possam resultar em uma maior qualidade da assistência prestada aos pacientes e ações para a melhoria do serviço.

Portanto, objetivou-se com o presente artigo classificar a assistência de enfermagem baseada nos registros em prontuários de pacientes hospitalizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, prospectivo, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvido em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Foram selecionadas três

unidades de internação para a realização da pesquisa: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica I e Clínica Médica II. Optou-se por classificar a assistência nessas unidades em razão de seu porte e das características dos pacientes atendidos, o que possibilitou uma variedade de anotações de enfermagem.

A amostra foi composta por todos os registros presentes nos cadastros dos pacientes ao longo da internação, com idade superior a 18 anos. A coleta dos dados ocorreu de 11 de setembro a 4 de dezembro de 2017, nos turnos manhã e tarde, totalizando 390 documentos, logo, não houve cálculo amostral, porque foram verificados todos os prontuários no período definido.

A coleta de dados foi realizada uma semana em cada unidade, de segunda a domingo. Para definir a ordem em que seria realizada, ocorreu um sorteio, em que estavam presentes a pesquisadora e dois avaliadores, tendo seu início na Unidade de Clínica Médica II, seguida da Clínica Cirúrgica e, por último, na Clínica Médica I, caracterizando como uma amostragem intencional. A ordem em que foram sorteadas as unidades repetiram-se até que se finalizassem três meses, perfazendo um total de quatro semanas em cada unidade.

Esta pesquisa foi realizada com auxílio de quatro profissionais da saúde, que foram, previamente, capacitados para aplicar o instrumento. A capacitação foi realizada antes da primeira etapa da coleta de dados, nos prontuários dos pacientes internados nas unidades selecionadas, onde o pesquisador e os avaliadores fizeram os procedimentos da coleta e, assim, evitar vieses.

O instrumento utilizado nessa etapa é denominado Registro de Busca Ativa (RBA), que utiliza 15 indicadores de qualidade na prevenção de eventos adversos, avaliados em adequado e inadequado (VITURI; ÉVORA, 2014). É individual e foi validado pela estratégia de validação de conteúdo, e, posteriormente, realizado teste de confiabilidade dos indicadores, apresentando excelente grau de concordância/reprodutibilidade e confiabilidade estimada pela estatística Kappa e coeficiente de correlação interclasses (VITURI; ÉVORA, 2014, FERREIRA et al., 2019).

A classificação da assistência foi definida, conforme o Índice de Conformidade Ideal (ICI), ou seja, o percentual de adequação esperado em relação ao padrão determinado. Esta é uma medida que propõe a classificação da qualidade com bases em percentuais positivos. Todos os indicadores devem ter um ICI de 100%. Por isso, para classificar a qualidade da assistência, em cada um dos indicadores, consideram-se:

Assistência Segura (100%); Assistência Desejável (99-90%); Assistência Adequada (89-80%); Assistência Limítrofe (79-70%); e Assistência Insuficiente (menor que 70%) (FERREIRA et al., 2019).

Para atender ao objetivo do estudo foram utilizados os seguintes indicadores do RBA: Indicador 12: Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem; Indicador 13: Verificação dos controles de sinais vitais prescritos; Indicador 14: Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica; e Indicador 15: Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro. Optou-se por utilizar apenas os indicadores descritos, porque respondem ao objetivo proposto neste estudo.

Para a análise da checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem, bem como na prescrição médica, observaram-se os horários dos cuidados prescritos, se estavam checados com um traço e se os cuidados que não foram realizados, estavam circulados. Para a elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro, todos os pacientes internados na unidade deveriam possuir o impresso anterior à data da coleta dos dados, conforme determina documentos de padronização da instituição em que se desenvolveu a pesquisa.

Em relação aos sinais vitais, deveriam ser registrados em espaço próprio. Caso o paciente estivesse ausente da unidade deveria ser justificado. Considerou-se a verificação de sinais vitais, como sendo a aferição dos parâmetros de temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória. Também caracterizaria como incompleta quando ocorresse a ausência do apontamento de qualquer sinal vital ou quando os mesmos eram realizados além do prescrito, não sendo computados.

As informações foram tabuladas em planilha eletrônica por meio do Microsoft Excel e analisadas utilizando o programa estatístico *software Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, por meio de estatística descritiva. Avaliou-se a proporção em percentual de cada indicador nas diferentes clínicas, e a classificação da assistência se deu conforme o nível de adequação, considerando-se como efetivos os registros Enfermagem, com o percentual de adequação igual ou superior a 80%.

Para realização deste estudo, foram respeitados todos os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa, onde foi aprovada com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 69979417.4.0000.5346, em 01 de agosto de 2017.

RESULTADOS

Foram avaliados 390 prontuários de pacientes adultos, Clínica Cirúrgica (n=194), Clínica Médica I (n=135) e Clínica Médica II (n=61). Cada registro foi avaliado apenas uma vez por internação.

As tabelas, a seguir, apresentam os indicadores avaliados, indicando o perfil de adequação e a classificação da assistência de cada uma, assim como, uma média da classificação geral da unidade, mensurando a qualidade ou não dos registros de enfermagem.

Na Clínica Cirúrgica, apresentada na Tabela 1, os indicadores 12, 13, 14 e 15 foram classificados como uma assistência Insuficiente. Observa-se que dos 194 prontuários analisados, o indicador 15, elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro, apresentava-se adequado com 40%. O indicador 13, verificação dos controles de sinais vitais prescritos, apresentou 61,3% de conformidade dos 3.128 itens apresentados. Assim, a assistência de enfermagem da unidade foi classificada, conforme ICI, como, Insuficiente (51,5%).

Tabela 1 - Percentual de adequação e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Cirúrgica

Indicador	N	% de Adequação	Classificação da Assistência
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	432	50,2	Insuficiente
13. Verificação dos controles de sinais vitais prescritos	3128	61,3	Insuficiente
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	3320	54,7	Insuficiente
15. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro	194	40,0	Insuficiente
Média da Classificação Geral		51,5	Insuficiente

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Na Tabela 2, apresentam-se os resultados encontrados na Clínica Médica I. Nessa unidade, o indicador 13, verificação dos controles dos sinais vitais prescritos, apresentou maior adequação, pois dos 2.565 itens verificados, 83,8% estavam em conformidade, classificando a assistência como Adequada. O indicador 14, checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica, apresentou 71,9% de adequação dos 1.438 itens,

classificando a assistência como Limítrofe, os demais indicadores foram classificados como Insuficientes. Portanto, a assistência de enfermagem da unidade foi classificada como, Insuficiente (69,4%), conforme ICI.

Tabela 2 - Percentual de adequação e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Médica I

Indicador	N	% de Adequação	Classificação da Assistência
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	579	65,0	Insuficiente
13. Verificação dos controles de sinais vitais prescritos	2565	83,8	Adequada
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	1438	71,9	Limítrofe
15. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro	135	57,1	Insuficiente
Média da Classificação Geral		69,4	Insuficiente

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

A Tabela 3 apresenta os resultados da avaliação realizada na Clínica Médica II. O indicador 13, verificação dos controles dos sinais vitais prescritos, atingiu maior adequação, pois dos 964 itens, 76,4% estavam em conformidade, classificando a assistência como Limítrofe. Os demais indicadores pesquisados foram classificados como Insuficientes, com maior ênfase no indicador 12, checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem, que apresentou apenas 19,2% de conformidade, dos 414 itens. Assim, a assistência de enfermagem da unidade foi classificada como, Insuficiente (55,1%), conforme ICI.

Tabela 3 - Percentual de adequação e classificação da assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Médica II

Indicador	N	% de Adequação	Classificação da Assistência
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	414	19,2	Insuficiente
13. Verificação dos controles de sinais vitais prescritos	964	76,4	Limítrofe
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	1086	59,8	Insuficiente
15. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro	61	65	Insuficiente
Média da Classificação Geral		55,1	Insuficiente

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

DISCUSSÃO

Os registros de enfermagem são indispensáveis no plano de cuidado, pois representam a principal forma de comunicação entre a equipe e constitui responsabilidade e dever do profissional, auxiliando no desempenho do plano de cuidados ao paciente (PINHEIRO et al., 2019). No entanto, quando as anotações são vagas, apontam para uma deficiência na qualidade dos registros de enfermagem, podendo ou não corresponder à realidade da prática profissional. Os cuidados, quando prestados, mas não registrados, impossibilitam que as informações importantes sejam difundidas para a continuidade da assistência (ARAÚJO; DINIZ; SILVA, 2017).

Logo, cabe salientar que todos esses acontecimentos, envolvendo os registros se contrapõem ao que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que traz na Resolução do COFEN nº 564/2017, sendo dever desses profissionais registrar informações inerentes e indispensáveis de maneira clara, objetiva e completa (COFEN, 2017).

Os resultados desta pesquisa mostraram que em relação ao indicador 12, que avalia a checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem, as três unidades foram classificadas com uma assistência Insuficiente (menor que 70%). Conforme os protocolos da instituição pesquisada, é obrigatória a elaboração e checagem da prescrição de enfermagem em todos os registros dos pacientes internados, logo deveriam estar presentes em seus prontuários. No entanto, os resultados não estão em conformidade com indicador, sugerindo uma falha nos registros de enfermagem.

Em contraponto, trabalho realizado em um hospital regional filantrópico, em unidades de clínica cirúrgica e clínica médica, demonstrou os piores valores registrados no estudo. Na unidade de clínica cirúrgica, dos 33 itens que deveriam estar checados, nenhum estava adequado. Na unidade de clínica médica, dos 288 itens, apenas 1% apresentava-se no percentual esperado, classificando a assistência como Insuficiente (menor que 70%) nas duas unidades (FERREIRA et al., 2019).

Outra pesquisa corroborou com o parecer de que a equipe de enfermagem tem conhecimento dos benefícios da utilização da sua prescrição para o paciente e serviço. Tendo em vista, que estes aumentam a qualidade das consultas, favorecem a documentação do trabalho realizado e o seu raciocínio clínico, ampliam a autonomia da profissão em seu processo de trabalho, individualizam o cuidado e possibilitam a

organização do processo de trabalho. Entretanto, a equipe relata dificuldades em sua implantação, como a falta de capacitação e a demanda de trabalho excessiva, com interrupções constantes (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Assim sendo, isso associa a checagem insuficiente das prescrições de enfermagem, tanto a ausência de compromisso profissional, bem como de conhecimento técnico-científico, já que desqualificam a eficácia e importância do correto preenchimento e da checagem dos registros. Tais pontos tornam possível concluir que a compreensão da equipe, e da sua posição afetam diretamente o modo como são feitos.

Reiterando que a prescrição oferece informações importantes sobre a assistência de enfermagem. Cabe considerar que a utilização de estratégias de sensibilização e capacitação da equipe como, educação permanente, continuada e em serviço, durante o desenvolvimento de implementação do processo de enfermagem, tendem a favorecer a compreensão do papel de cada profissional, para a efetiva introdução da prescrição. Além disso, é fundamental que os resultados das avaliações sejam discutidos e contextualizados com os enfermeiros da instituição, para que, em conjunto, elaborem estratégias e metas de melhorias (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018, AQUINO et al., 2018).

Na instituição pesquisada, a prática de verificação dos sinais vitais é realizada quatro vezes a cada 24 horas, sendo uma vez no período da manhã, uma à tarde e duas vezes à noite. Os resultados apontaram, quanto ao indicador 13, que avalia a verificação dos controles de sinais vitais prescritos, a assistência de enfermagem na Clínica Médica I foi classificada como, Adequada (80-89%).

Outro estudo que avaliou a verificação dos sinais vitais alcançou índice de conformidade ideal de 100% e classificou a assistência como Desejável (90-99%), demonstrando o comprometimento da equipe de enfermagem com a realização das atividades que lhes são atribuídas (CARVALHO et al., 2019). Considerando que os registros de enfermagem compreendem o cuidado e propiciam benefícios ao paciente, ao profissional, a instituição e ao sistema de saúde, quando são realizados detalhadamente, possibilitam a continuidade do cuidado e tratamento planejado, estabelecendo contribuições à avaliação da assistência prestada (GRIFFITH, 2016), e, assim, diminuindo a possibilidade de eventos adversos.

Os resultados apresentados, nesta pesquisa, constataram que no indicador 14, checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica, a Clínica Médica I foi classificada como, Limítrofe (70-79%), e as demais clínicas como, Insuficientes.

Outro estudo que analisou a prescrição médica checada de forma completa, sua adequação foi de 83%, classificando a assistência como Desejável (80-89%) (SILVA et al., 2015). Logo, convém ressaltar que é responsabilidade da equipe de enfermagem o processo de checagem, pois é por meio dele que pode ser acompanhado se as medicações foram realmente recebidas pelo paciente, porém quando incompletas, podem contribuir para a ocorrência de erros.

A responsabilidade da terapia medicamentosa é multiprofissional, isto é, a prescrição médica não deve ser vista somente como um documento, mas também como um instrumento de comunicações entre os profissionais (SILVA et al., 2015). A ausência de checagem do procedimento dificulta a garantia de sua realização, uma vez que o registro do cuidado possibilita o oferecimento de assistência integral à saúde, pois cada indivíduo deve ter um cuidado prescrito particular, já que apresentam características distintas uns dos outros (FERREIRA et al., 2019).

Por fim, o indicador 15, que avalia a elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro, nas três unidades avaliadas foram classificadas como, Insuficientes (menor que 70%). A instituição define que esse processo é competência da enfermagem, com o plano de cuidados aos pacientes, que deve ser diária e estar presente em seus prontuários.

Cabe destacar que as prescrições são responsabilidades dos enfermeiros e devem ser realizadas de forma ordenada e pautada no conhecimento científico. Dessa maneira, atendendo às necessidades do paciente, visto que tende a prejudicá-lo, quando não forem realizadas corretamente e não sendo eficazes ao seu cuidado, assim como, é importante que se reconheça e se faça presente na atuação profissional de toda a equipe (VERSA et al., 2012).

Dados divergentes foram encontrados em um estudo que avaliou a prescrição diária realizada pelo enfermeiro em um hospital. Foram analisadas 182 prescrições de enfermagem de 96 prontuários de pacientes internados na UTI. Observou-se que em 92,70% dos prontuários analisados havia prescrições de enfermagem diárias, percentual esse que corresponde ao padrão de qualidade satisfatório, segundo o critério estabelecido no estudo, que é de no mínimo 80% de registros completos. Esse padrão é um modelo de adequação que deveria ser seguido e existente em todos os hospitais, garantindo um cuidado de qualidade, tendo todos os seus registros existentes e devidamente preenchidos e checados (FIORIN et al., 2019).

A prescrição de enfermagem deve ser utilizada como instrumento que assegure o bem-estar do paciente, e contribua para diminuir o risco de danos causados pela omissão ou ineficácia de cuidados. Sendo importante, que seus elementos sejam individualizados e sempre atualizados. Ainda, o registro de enfermagem é a forma de documentar o cuidado prestado, tornando-o concreto. A insuficiência ou sua ilegibilidade interfere na análise de informações, podendo levar a prejuízos, comprometendo a segurança do paciente e a comunicação entre a equipe (DINIZ et al., 2015).

Ao enfermeiro, deve-se oportunizar possibilidade de prestar uma assistência correta, em que durante seu processo de trabalho possua tempo destinado a realizar as atividades de prescrição, bem como para prestar os cuidados necessários ao paciente. Assim, contemplando tanto os problemas de saúde reais ou potenciais, visando a segurança, sugerindo-se a implementação de estratégias como programas de qualificação contínua (VERSA et al., 2012, FAEDA; PERROCA, 2017).

As instituições de saúde também devem buscar o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados de enfermagem, para elevar o processo de trabalho, garantindo um cuidado eficaz. O objetivo é a obtenção de melhores resultados no atendimento ofertado, evitando a ocorrência de eventos adversos, realizando continuamente ações para aperfeiçoarem o atendimento ao paciente e buscando alcançar eficácia na qualidade da prestação desses serviços.

A avaliação da assistência possibilita conhecer o desempenho técnico e relacional dos profissionais, assim como, sua capacidade e conhecimento demonstrados no desenvolvimento das práticas assistências, determinando suas potencialidades e fragilidades nos processos (FERREIRA et al., 2019). Como limitações do estudo, destacam-se que os registros foram avaliados apenas uma vez por internação, o que pode refletir em subestimação do percentual dos indicadores avaliados. Contudo, acredita-se que não se reduz a esses resultados, pois a instituição possui outras unidades que podem ser investigadas, e entende-se que o mesmo pode ser motivação para melhores práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo classificou a assistência de enfermagem, conforme o preenchimento dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados, relacionando-a ao cuidado, o que

demonstrou uma assistência de qualidade Insuficiente, com implicações negativas para a prática profissional.

Tendo em vista que os registros servem de base legal para o paciente e os profissionais, constituindo também um dever no exercício da profissão, comprovando-se que é necessário um maior investimento nos serviços de saúde com a realização de ações e estratégias no desenvolvimento de melhores práticas direcionadas aos problemas detectados.

A partir da identificação dos problemas, pode-se atuar buscando fornecer subsídios para uma assistência mais qualificada, por meio de programas de capacitação da equipe, atualização dos protocolos, supervisão mais efetiva e valorização da sistematização da assistência. Além disso, é possível que as inconsistências nos registros de enfermagem e sua checagem possam acarretar problemas na qualidade do cuidado.

Portanto, reitera-se a importância do estudo, bem como compreende-se a necessidade de pesquisas mais ampliadas e aprofundadas dos problemas apontados, as quais oferecem métodos que possam minimizá-los. Vindo a contribuir, para que sejam desenvolvidas medidas de educação continuada e permanente junto à equipe de enfermagem na instituição investigada, para que desempenhem um cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M. J. N.; CAVALCANTI, T. M. C. C.; ABREU, R. N. D. C.; SCOPACASA, L. F.; NEGREIROS, F. D. S. N. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 1, p. 7-12, 2018.

ARAÚJO, M. M.; DINIZ, S. O. S.; SILVA, P. S. Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. **ABCS Health sci**, v. 42, n. 3, p. 161-5, 2017.

CARVALHO, N. A. R.; MELO, S. S. S.; GOUVEIA, M. T. O.; MORAES, L. M. V.; SANTOS, J. D. M.; SILVA, R. S. S. Calidad de la asistencia enfermera en una unidad de cuidados intensivos maternos. **Enfermería Global**, n. 55, p. 99-113, 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente**. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017**; aprova o novo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. 2017.

DIAS, C. F. C.; LIMA, S. B. S.; FERNANDES, G. A. B. Produção científica acerca dos instrumentos de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem: estudo bibliométrico. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 44, v. 2, p. 1-12, 2018.

DINIZ, S. O. S.; SILVA, P. S.; FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. Quality of nursing records: analytical reflections on its forms and contents. **Revista enfermagem UFPE**, v. 9, n. 10, p. 9616-23, 2015.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Conformity of nurse prescribing to care needs: nurses' understanding. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 400-6, 2017.

FERREIRA, L. L.; CHIAVONE, F. B. T.; BEZERRIL, M. S.; ALVES, K. Y. A.; SALVADOR, P. T. C. O.; SANTOS, V. E. P. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 1-6, 2020.

FERREIRA, N. C. L. Q.; MENEGUETI, M. G.; ALMEIDA, C. L.; GABRIEL, C. S.; LAUS, A. M. Evaluation of nursing care quality standards using process indicators. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

FIORIN, J. M. A.; SCHRAN, L. S.; OLIVEIRA, J. L. C.; MARASCHIN, M. S.; ALVES, D. C. I.; TONINI, N. S. Avaliação da qualidade de prescrições de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual**, v. 85, n. 23, p. 29-36, 2019.

GRIFFITH, R. What to include in a nursing record. **British Journal of Nursing**, v. 15, n. 9, 2016.

KRAUZER, I. M.; KARAL, A.; BORDIGNON, M.; TRINDADE, L. L. Records of nursing from the perspective of an integrative review. **Journal of Nursing and Health**, v. 5, n. 1, p. 68-79, 2015.

PINHEIRO, A. B.; ALMEIDA, F. E. R.; NASCIMENTO, K. P.; FERREIRA, P. J. O. Registro da assistência de enfermagem: visão dos gestores de enfermagem de duas unidades hospitalares do sertão central cearense. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**. 2019.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. **Revista Escola de Enfermagem USP**, p. 1-7, 2018.

SILVA, F. J. C. P.; ALMEIDA, E. S. A.; ROCHA, F. C.; SANTANA, M. A. V.; SILVA, E. C. C. M.; LEMOS, L. M. D.; LLapa-Rodríguez, E. O. Analysis of the records of drug prescriptions in a university hospital. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 539-53, 2015.

VERSA, G. L. G. S.; MURASSAKI, A. Y.; SILVA, L. G.; VITURI, D. W.; MELLO, W. A.; MATSUDA, L. M. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 28-35, 2012.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 234-40, 2014.