

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA- UFSM UNIVERSIDADE
ABERTA DO BRASIL
UAB CAMPUS DE SAPUCAIADO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

RAFAELA FLORES

**PROTOCOLO DE REGISTROS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA EM UM RESIDENCIAL GERIÁTRICO**

Sapucaia do Sul, RS

2022

RAFAELA FLORES

**PROTOCOLO DE REGISTROS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA EM UM RESIDENCIAL GERIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão para o Curso de Pós Graduação apresentado como requisito para obtenção de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Sarturi

Sapucaia do Sul, RS
2022

RAFAELA FLORES

**PROTOCOLO DE REGISTROS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA EM UM RESIDENCIAL GERIÁTRICO**

Artigo de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Aprovado em 22 de Julho de 2022.

Fernanda Sarturi, Dra. (UFMS)

(Orientadora)

Giovana Dorneles Callegaro Higashi, Dra.

Neila Santini de Souza, Dra.

Sapucaia do Sul, RS

2022.

RESUMO

Os registros de enfermagem (RE) nos prontuários são de responsabilidade legal da enfermagem e a avaliação desses registros representa uma ferramenta de gestão e qualidade nos serviços de saúde. Considerando as fragilidades e a falta de padronização observadas num residencial geriátrico, percebeu-se que eram necessárias algumas mudanças em relação aos registros de enfermagem deste local. Este artigo tem como OBJETIVO: relatar a implementação de um protocolo de registros de enfermagem em um residencial geriátrico de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. MÉTODO: foi proposto um Plano de Ação para a reelaboração do protocolo, o qual abordou 11 etapas, sendo a primeira etapa iniciada com o diagnóstico observacional e a última etapa contemplou o novo protocolo no manual de integração. Para fundamentar este estudo foi necessária uma revisão bibliográfica sobre os RE e seus impactos na qualidade da assistência prestada na enfermagem, bem como as inconformidades existentes nos registros. RESULTADOS: Este foi um estudo observacional de cinco meses em um residencial geriátrico onde haviam recursos de prontuário eletrônico (TASY), na qual a equipe multidisciplinar realizava os registros de todos os atendimentos. Como CONCLUSÃO: observou-se uma melhora em relação aos registros de enfermagem a partir da implementação do protocolo. Os RE passaram a ser mais completos e as informações mais claras, mas se faz necessária a manutenção de ações educativas de forma permanente a fim de qualificar os profissionais envolvidos nos processos e melhorar os resultados.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem. Prontuário. Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

Os Registros de Enfermagem (RE) são o meio de comunicação escrita sobre informações do paciente e no que concerne aos cuidados prestados ao mesmos. São essenciais e imprescindíveis no processo de cuidado de enfermagem. Através destes registros é possível retratar a real situação do paciente naquele determinado momento, além de fomentar uma constante e permanente comunicação entre os todos os profissionais que prestam assistência. Importante ressaltar que também são utilizados para fins de auditorias, processos judiciais, estudos e pesquisas, planejamento hospitalar, entre outros (ALMEIDA; MIRANDA; MARQUES, 2011).

Regulamentado pela Resolução 514/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a padronização dos registros norteia a prática dos profissionais de enfermagem, fomentando a qualidade das informações (BRASIL, 2016).

Os autores discorrem que as informações contidas nestes registros de enfermagem auxiliam na qualidade assistencial do paciente, o preenchimento correto da sua internação até o momento de sua alta facilita a comunicação entre membros da equipe bem como a continuidade do cuidado. Precisam ser corretas e retratar de forma fidedigna os cuidados prestados e o estado do indivíduo. Desta forma, registrar corretamente o quadro clínico são obrigações não só profissionais, mas também legais da equipe de enfermagem (MORAIS *et al.*, 2015).

Durante o exercício da profissão presenciei diferentes eventos adversos e situações que não foram registradas da maneira correta, muitas delas pode-se dizer atreladas ao inadequado dimensionamento da equipe, também observei que através dos registros corretos pode-se ter respaldo legal em auditorias, revisão de prontuários e outras situações em que foi necessário buscar neste histórico informações específicas sobre pacientes.

Os registros de enfermagem são fundamentais para documentar a atenção à saúde, assim como as condições clínicas e ambientais do paciente, estes registros englobam todos os turnos de trabalho e atenção dispensada ao indivíduo. Neste sentido, tem valor imprescindível tanto para continuidade do cuidado como para os

aspectos legais, jurídicos e financeiros. Desta forma, compreender a importância dos registros é uma das atribuições do enfermeiro. De acordo com o Código Deontológico da Enfermagem (COFEN, 2017) é atribuição deste profissional manter a equipe de enfermagem atualizada para que os registros estejam de acordo com o que é preconizado (BRASIL, 2007). Entretanto, desde 1976 já se apontava a insuficiência do conteúdo dos registros clínicos, apesar da evolução científica e nas estruturas organizacionais. Segundo Silva *et al* (2012), persiste até a atualidade, pois ainda há fatores não compreendidos que levam às deficiências nos registros de enfermagem.

Considerando o abordado até aqui, reitera-se a importância deste estudo a fim de provocar nos profissionais da classe a reflexão diante dos registros de enfermagem realizados durante o cuidado, bem como das repercussões que podem ocasionar na qualidade da atenção prestada. Para tal, este artigo discorre brevemente sobre o arcabouço teórico diante da temática que originou um protocolo de registros de enfermagem para um residencial geriátrico. Dito isso, tem-se como objetivo relatar a implementação de um protocolo de enfermagem em um residencial geriátrico de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS.

2 REVISÃO DE LITERTURA

2.1 Registros de enfermagem e qualidade da assistência

Os Registros de Enfermagem (RE) existem desde a criação das primeiras escolas de enfermagem e sua sistematização com a teórica Ana Neri, que organizou e elaborou métodos para o cuidado e registros de enfermagem (CARRIJO, 2012).

Os registros de enfermagem são parte fundamental para uma comunicação efetiva entre os profissionais, pois representam uma forma de comunicação escrita, permanente, devendo estar sendo à disposição para consultas futuras sobre as condições dos pacientes em um determinado momento (BRASIL, 2016). Os RE são,

[...] definidos como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele

prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (ALMEIDA; MIRANDA; MARQUES, p.217, 2011).

Conforme Bragas (2015) os registros de enfermagem são essenciais para segurança dos pacientes, pois deve haver uma comunicação eficaz entre os membros da equipe multiprofissional, comunicação esta imprescindível para que erros na prestação do cuidado sejam evitados. A comunicação escrita é fundamental para garantir a segurança do paciente e a qualidade do atendimento prestado.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os registros de enfermagem possuem finalidades específicas, são elas: partilhar informações; servem como garantia da qualidade dos serviços prestados ao paciente; são relatórios permanentes, em ordem cronológica, sobre a evolução do quadro do paciente; como evidência legal; base para estudos e pesquisas. As auditorias são realizadas com base nos registros do prontuário, incluindo os registros de enfermagem, pois a análise dos dados ali presentes representa a realidade do dia à dia da instituição, de como os cuidados são prestados e esta análise pode servir tanto para carimbar um bom serviço quanto para buscar soluções que possam melhorar o atendimento nas instituições (BRASIL, 2016).

“De acordo com a Resolução do COFEN Nº 358/2009, esses registros de enfermagem darão subsídio para a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo fonte de informações essenciais para que se possa assegurar a continuidade da assistência ao paciente, de forma qualificada. Essas anotações de enfermagem constituem-se como um “processo deliberado, sistemático e contínuo, (...) que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa (...) e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença” (COFEN Nº 358/2009, p.1 2009).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002), ao avaliar um serviço de enfermagem em instituições que busquem acreditação, define por padrão que, desde o nível 1 de acreditação, todos os procedimentos e todo o controle do paciente internado deve ser registrado no prontuário do paciente.

Os registros de enfermagem, produzem diariamente, aproximadamente 50% dos dados relacionados ao atendimento ao paciente, representando um importante e significativo repertório de informações inerentes aos cuidados dos mesmos. Sendo assim, é necessário qualificar e padronizar cada vez mais esses registros, pois eles vão além de documentar, são uma forma de comunicação eficaz entre os membros da equipe multiprofissional (ALMEIDA; MIRANDA, MARQUES, 2011).

A equipe de Enfermagem, pela especificidade do seu trabalho, está envolvida em todas as etapas de assistência prestada ao paciente e representa o número mais significativo de registros relacionados a procedimentos realizados no mesmo, tais como, exames, medicamentos, avaliações, intercorrências, registro de gastos, sendo os responsáveis pelos principais achados que embasam os resultados da auditoria, por exemplo (PERTILLE et al., 2018).

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança Do Paciente, Polo de São Paulo (REBRAENSP), definem a comunicação efetiva como um processo recíproco, que interfere nas relações e facilita o desenvolvimento e amadurecimento pessoal e tem a capacidade de influenciar comportamentos e trata claramente da importância de se registrar as informações corretamente no prontuário dos pacientes, indicando inclusive que é necessária a padronização dos instrumentos para registrar as informações e os métodos de comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional (BRASIL, 2010).

2.2 Fundamentos legais dos registros de enfermagem

Por ser a enfermagem uma profissão que trata do ser humano em seus momentos de maior fragilidade, ela é altamente regulamentada por leis, decretos e resoluções que embasam o exercício da profissão e, conseqüentemente, dos registros de enfermagem. A Constituição Federal de 1988, no título que trata dos direitos e garantias dos cidadãos, especificamente no capítulo que trata dos direitos e deveres, diz, indiretamente, que os profissionais da enfermagem devem garantir o direito à privacidade dos dados relativos aos pacientes sob seus cuidados e define que haverá

penalizações caso essas garantias constitucionais não sejam respeitadas (BRASIL, 1988):

Art. 5º: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

X – São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (BRASIL, 1988).

A enfermagem como profissão foi regulamentada pela que define atribuições do enfermeiro, incluindo os registros de enfermagem (BRASIL, 1986). Esta lei cita no seu artigo 11 que:

Art. 11º:

O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – Privativamente:

c) planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Ou seja, a Lei nº 7.498/86 garante que é direito e dever exclusivo do enfermeiro realizar as anotações referente à prescrição de enfermagem, sobre procedimentos que são exclusivos do enfermeiro, consulta de enfermagem e o planejamento da assistência a ser realizada (BRASIL, 1986), mas deixa de fora a descrição das atribuições do Técnico de Enfermagem. Este profissional, entretanto, foi contemplado pelo decreto nº 94.406 de 1987 (BRASIL, 1987). Este decreto regulamentou a Lei N° 7.498/86, que definiu a responsabilidade relativa aos registros de enfermagem, entre outras, dos técnicos de enfermagem:

Art. 10 - O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

II – Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste decreto;

Art. 14 - Incumbe a todo pessoal de enfermagem:

II – Quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

A Resolução COFEN N° 429/2012 também define as responsabilidades dos profissionais da enfermagem relativas aos prontuário do paciente, e cita também os prontuários eletrônicos, dispondo sobre meios para assegurar a assinatura dos mesmos pelos profissionais, via assinatura digital ou assinatura tradicional caso não haja a tecnologia de assinatura eletrônica disponível, citando que os registros devem ser impressos e assinados pelos profissionais, para que se possa manter os registros de enfermagem como evidências legais e manter a qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2012).

A Resolução COFEN N° 311/2007 que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem abrange, também, os registros de enfermagem, tanto como direitos, como deveres, além de definir algumas proibições relativas aos registros (BRASIL, p.2, 2007)

Direitos e Deveres:

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 5º Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 Assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 16 Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 17 Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 25 Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 35 Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 42 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro.

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 68 Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

Responsabilidades e deveres

Art. 71 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

O Código de Processo Civil brasileiro (CPC), sancionado pela Lei Nº 13.105, de 16 de março de 2015, que define as normas jurídicas de natureza civil no país, em seu artigo 408, trata da força legal dos documentos particulares (BRASIL, p.1, 2015):

Art. 408. As declarações constantes do documento particular escrito e assinado ou somente assinado presumem-se verdadeiras em relação ao signatário.

Parágrafo único. Quando, todavia, contiver declaração de ciência de determinado fato, o documento particular prova a ciência, mas não o fato em si, incumbindo o ônus de prová-lo ao interessado em sua veracidade.

Ao analisar o artigo 408, pode-se perceber que os documentos particulares são considerados documentos legais e as informações neles contidas são de responsabilidade daquele que os assinou, incluindo-se as assinaturas eletrônicas, como está estabelecido nos artigos 410 e 411 do mesmo código (BRASIL, 2015):

Art. 410. Considera-se autor do documento particular:

I - Aquele que o fez e o assinou;

Art. 411. Considera-se autêntico o documento quando:

II - A autoria estiver identificada por qualquer outro meio legal de certificação, inclusive eletrônico, nos termos da lei

Os registros de enfermagem também são contemplados pelo Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, como um conjunto de regras que determinam os direitos e deveres das pessoas em solo brasileiro, dos bens e das relações privadas. O Código civil é baseado na Constituição Federal de 1988 e está diretamente subordinado a ela (BRASIL, 2002):

Art. 186 Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927 Aquele que, por ato ilícito (Arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Art. 951 O disposto nos Arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

O Código Penal, instituído pelo Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 ainda define como crime culposo, ou seja, os crimes sem intenção de serem cometidos, atos causados pelo agente que deu causa a tal, sejam eles por imprudência, imperícia ou ainda por negligência (BRASIL, 1940).

2.3 Os registros de enfermagem como indicadores de qualidade

Como visto até aqui, os registros de enfermagem têm apresentado grande contribuição para a saúde do paciente, bem como a valorização do profissional de enfermagem. Sendo de suma importância os registros eletrônicos para a mensuração do cuidado prestado pela equipe de enfermagem (OLIVEIRA; PEREZ; JENSEN; YAMASAKI 2014).

Pertille; Ascari e Oliveira (2018), em seus estudos sobre a importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar concluíram que os registros de enfermagem expressam a qualidade da assistência dispensada ao paciente, repercutem no faturamento da conta hospitalar, balizam a gestão no acompanhamento de indicadores de qualidade e viabilizam a manutenção financeira do serviço de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de um serviço é definida como um conjunto de atributos, incluindo nível de excelência profissional, o uso eficiente e consciente dos recursos, prestar cuidado de forma que haja o mínimo possível de risco aos pacientes e o grau de satisfação dos usuários, sempre considerando os valores sociais dos mesmos (OMS, 1981).

A qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem pode ser avaliada pelos seguintes aspectos: a formação técnica dos profissionais; a condição e recuperação da saúde do paciente; as orientações fornecidas em relação ao autocuidado; a garantia em relação à segurança dos pacientes; e, o resultado do produto dos serviços prestados (CAVALCANTE et. al., 2015).

Em decorrência da uma demanda mundial pela qualidade na prestação de serviços de saúde e a relevância que a enfermagem tem para que estes serviços sejam prestados de forma efetiva, torna-se imprescindível a adoção de um sistema

avaliativo contínuo e sistematizado que possibilite uma melhoria progressiva dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Esta qualidade engloba aspectos como conhecimentos teóricos, habilidades práticas, crenças e valores, além de compromisso com as instituições onde se presta o cuidado aos pacientes (CIANCIARULLO *et al.*, 2017).

Caldana *et al.* (2013), concluíram que os indicadores de desempenho são essenciais para as instituições de saúde, pois os mesmos permitem que seja realizado um monitoramento que poderá ser transformado em estratégias que visam a melhoria da assistência prestada, estratégias estas que poderão se refletir na qualidade dos registros de enfermagem e, por consequência, na assistência de enfermagem.

4 METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um relato de experiência de elaboração da implantação de um protocolo para qualificar e padronizar os registros de enfermagem de um residencial geriátrico em município localizado na região metropolitana de Porto Alegre/RS. Para fundamentar este estudo foi necessária uma revisão bibliográfica sobre os RE e seus impactos na qualidade da assistência prestada na enfermagem, apresentadas na discussão teórica.

Na etapa inicial deste trabalho, observou-se que no residencial geriátrico haviam recursos de prontuário eletrônico, onde técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, educador físico, fonoaudióloga e médico faziam prescrições e registros de todos os atendimentos.

Considerando as fragilidades e falta de padronização constatadas, foi elaborada uma proposta de Plano de Ação para a atualização do protocolo de Registro de Enfermagem (RE) já existente na clínica geriátrica em questão. No quadro 1, está detalhado o Plano de Ação, com suas onze etapas.

Quadro 1: Plano de Ação.

ETAPA	ATIVIDADE	DATA INÍCIO	DATA FIM	DETALHAMENTO DA ATIVIDADE
1	Diagnóstico observacional	01/02/2022	28/02/2022	Observar como são realizados os REs e realizar análise dos prontuários dos pacientes revisando as anotações de enfermagem.
2	Realizar reunião com equipes de técnicos de enfermagem	01/03/2022	04/03/2022	Identificar as dificuldades dos técnicos de enfermagem no preenchimento das REs.
3	Reunião com enfermeiras, equipe multidisciplinar e gestão clínica.	10/03/2022	10/03/2022	Abordar com equipe multidisciplinar e gestora sobre as informações da etapa 2. Definir as alterações nos protocolos de RE.
4	Reunião com responsável pelo Sistema TASY	14/03/2022	14/03/2022	Ajuste no sistema TASY a partir das alterações propostas na etapa 3.
5	Treinamento sobre o novo protocolo de REs no sistema TASY	16/03/2022 (manhã) 17/03/2022 (tarde e noite 1) 18/03/2022 (noite 2)	16/03/2022 (manhã) 17/03/2022 (tarde e noite 1) 18/03/2022 (noite 2)	Treinamento das equipes técnicas de enfermagem sobre o novo protocolo de REs no sistema TASY, após a atualização.
6	Período de implementação do novo protocolo de RE, no sistema TASY (período de teste)	16/03/2022 23/03/22 (manhã) 17/03/2022 (tarde e noite 1) 18/03/2022 (noite 2)	16/03/2022 23/03/2022 (manhã) 24/03/2022 (tarde e noite 1) 25/03/2022 (noite 2)	Neste período, cada enfermeira responsável dá suporte para sua equipe de técnicos de enfermagem para esclarecimento de dúvidas sobre o novo protocolo de RE.
7	Reavaliação do protocolo após o período de implementação	23/03/20221(manhã) 24/03/2022 (tarde e noite 1) 25/03/2022 (noite 2)	24/04/2022 (manhã) 26/04/2022 (tarde e noite 1) 27/04/2022 (noite 2)	Reunião com a equipe de técnicos para reavaliação do protocolo, após uma semana de utilização nas rotinas de trabalho.
8	Reunião equipe e feedbacks sobre nova rotina de registros	24/04/2022 (manhã) 26/04/2022 (tarde e noite 1) 27/04/2022 (noite 2)	24/04/2022 (manhã) 26/04/2022 (tarde e noite 1) 27/04/2022 (noite 2)	Trinta dias após a nova rotina de registros, realizar reunião com os técnicos de enfermagem para reavaliação do protocolo de RE proposto, abordando as dificuldades encontradas nesse período de implementação e possíveis dúvidas.
9	Reunião de enfermeiras	05/05/2022	05/05/2022	A partir das dificuldades relatadas na etapa 08, pelos técnicos, as enfermeiras organizam novos treinamentos com foco na resolução desses problemas.
10	Novo treinamento sobre RE (alinhamento de problemas encontrados)	09/05/2022(manhã) 10/05/2022 (tarde e noite 1) 11/05/2022(noite 2)	09/05/2022 (manhã) 10/05/2022 (tarde e noite 1) 11/05/2022 (noite 2)	Novo momento de treinamento para realinhar os registros de enfermagem, sanando as dúvidas e problemáticas trazidas na etapa 08.
11	Inclusão do novo protocolo de RE no Manual de Integração Institucional.	29/05/2022	29/05/2022	Reunião da equipe gestora, enfermeiras, direção e equipe de marketing para incluir o novo protocolo de RE no Manual de Integração Institucional.

Com a proposta do Plano de Ação acima, entende-se que os Registros de Enfermagem do residencial geriátrico em questão, se tornarão mais qualificados e padronizados.

Serão apresentados a seguir os resultados e discussões gerados a partir da experiência de implementação desse Plano de Ação, que foi utilizado para a reelaboração do protocolo de Registro de Enfermagem (RE) já existente na clínica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o mês de fevereiro, entre os dias 01/02/2022 e 28/02/2022, foi realizado um período de diagnóstico observacional, onde foram analisados os prontuários dos pacientes e o método utilizado para registro das anotações de enfermagem. Nesta instituição é utilizado o Sistema Tasy (Desenvolvedor PHILLIPS), onde é possível checar a prescrição, colocar os sinais vitais e realizar os Registros de Enfermagem. O sistema permite ter salvo registros de Evolução Padrão permitindo que sejam alterados os campos necessários com as alterações e informações pertinentes que tenham ocorrido no turno em questão.

No período observacional, foi identificado que haviam muitos registros que não condiziam com a realidade do paciente, apenas constando informações padrão da metodologia Subjetivo/Objetivo/Conduta (SOC). Não eram alterados os acontecimentos do dia dos pacientes, tampouco informações sobre alterações clínicas ou percebidas sobre o seu comportamento. Chamou atenção essa falta de atualização de informações diárias, visto que se tratava de pacientes idosos, muitos com demência, que passam por longas internações (trinta dias ou mais), ou ainda residentes. Esses achados foram identificados em todos os turnos, com agravantes de que não havia comunicação entre cuidador e técnico sobre alterações importantes, não sendo possível realizar a SAE.

“A SAE é um método de organização e execução dos processos de enfermagem, que deve estar registrada nos prontuários dos pacientes, contribuindo para o gerenciamento, desenvolvimento dos cuidados de maneira organizada, dinâmica, competente e segura, garantindo o atendimento ao cliente com qualidade. Ela é composta por cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.” (MORAIS *et al.*, 2015).

Após esse diagnóstico observacional foi realizada uma reunião (01/03 a 04/03) com a equipe dos técnicos de enfermagem, conduzida pela enfermeira. Nesta, os

técnicos tiveram a oportunidade de relatar as dificuldades encontradas no preenchimento do sistema de Registros de Enfermagem.

Falou-se na importância da participação de todos nos processos de mudanças para melhorias e sobre protagonismo dos funcionários e engajamento, para melhores resultados.

Chamou atenção para o fato de que não houveram apontamentos sobre a fragilidade do sistema de RE no quesito especificidades dos pacientes, apenas trouxeram relatos de situações de dificuldades na área de informática ou sobre a lentidão do sistema TASY.

No dia 10/03/2022, em reunião da equipe multidisciplinar e gestora foram apresentados os resultados da reunião que havia sido realizada com os técnicos de enfermagem. Foi discutido sobre a importância de detalhamento dos registros de enfermagem para que se tenha uma visão sistêmica dos pacientes, como os registros de alterações peculiares condizentes com perdas cognitivas, assim como registros de ingesta hídrica e alimentar de cada residente. Até aquele momento, esses registros não vinham sendo solicitados no protocolo de RE, por exemplo. Conforme legislação,

A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado. Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros (BRASIL, 2016).

Após os ajustes com a equipe do suporte técnico do Sistema TASY, foi realizado um treinamento das equipes técnicas de enfermagem sobre o novo protocolo de RE. Na semana seguinte, houve o período de teste de implementação do novo protocolo de RE, onde cada enfermeira ficou responsável por dar suporte técnico para sua respectiva equipe, esclarecendo dúvidas.

Entre os dias 23/03/2022 e 27/03/2022, houveram reuniões com as equipes de técnicos de enfermagem para reavaliação do protocolo implementado. Alguns problemas foram relatados e necessários pequenos ajustes para facilitação dos registros e inclusão de itens para algumas informações mais específicas, tais como

intercorrências ocorridas durante o turno de trabalho e que podem implicar numa condição agravante no caso do paciente.

Conforme os autores Moraes et al (2015), a escassez de informações dos pacientes nos prontuários eletrônicos leva a não comunicação aperfeiçoada da equipe multidisciplinar, refletindo assim negativamente no plano terapêutico, e na qualidade prestada da assistência nesse paciente.

Foi necessária uma reformulação do protocolo onde as enfermeiras planejaram e elaboração de um novo treinamento para as equipes de técnico de enfermagem, com a apresentação das atualizações realizadas no protocolo.

Já do dia 09/05/2022 ao dia 11/05/2022, houveram os últimos treinamentos com as equipes de técnicos para apresentação das modificações realizadas no protocolo, esclarecimento de dúvidas que persistiram e realinhamento dos registros. Novamente falou-se sobre a importância de sempre estarmos buscando qualificar os processos, especificamente, neste caso, os registros de enfermagem, que conforme Brasil (2016), são considerados como documento legal como defesa dos profissionais e que refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

Por fim, finalizado o novo protocolo de Registro de Enfermagem, houve o momento em que a equipe gestora reuniu-se com a equipe do marketing para incluí-lo no Manual de Integração Institucional. Este manual contém todas as normas e rotinas institucionais descritas.

De acordo com Braga (2015, *apud* Hausmann e Peduzzi, 2009 p.258- 265) “o enfermeiro tem funções gerenciais com a finalidade de garantir a qualidade da assistência de enfermagem e o bom funcionamento da instituição através da sustentabilidade, bem como a qualidade assistencial”. Já os autores Giordani, Bisogno e Silva (2012) explicam que as funções gerenciais não se encerram em si, mas preparam o enfermeiro para planejar os processos, organizar, liderar e contribuir para qualificação da assistência em saúde.

Percebe-se que a comunicação escrita está sendo negligenciada pelos profissionais de saúde no que diz respeito às informações condizentes aos pacientes, resultando em uma assistência não adequada devido aos registros incompletos,

podendo comprometer seu tratamento, considerando que a equipe de enfermagem se faz presente 24 horas do dia. Portanto ressalta-se que a enfermagem possui um papel primordial nos serviços de saúde, sendo os Registros de Enfermagem documentos de suma importância para a internação do paciente. Sendo assim, os resultados mostraram a necessidade de melhorias nos registros de enfermagem sempre atendendo os princípios éticos e morais da profissão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo relatar a implementação de um protocolo de registros de enfermagem em um residencial geriátrico de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. A necessidade se deu a partir de observações que apontavam para as fragilidades e falta de padronização dos registros. Sendo assim, foi elaborada uma proposta de Plano de Ação contendo um fluxo metodológico, com onze etapas, sendo este utilizado para a reelaboração do protocolo de Registro de Enfermagem (RE) pré-existente na clínica em questão.

Reiteramos a importância deste estudo a fim de provocar nos profissionais da classe a reflexão diante dos registros de enfermagem realizados durante o cuidado, bem como das repercussões que podem ocasionar na qualidade da atenção prestada.

Para atingirmos o objetivo deste trabalho, realizamos uma revisão bibliográfica sobre o que vem sendo produzido e debatido sobre os registros de enfermagem e seus fundamentos legais nos últimos anos, juntamente com a análise dos impactos desses registros na qualidade da assistência prestada pela enfermagem.

Após, verificarmos e analisarmos o protocolo de RE já existente no residencial geriátrico pesquisado, o mesmo foi reelaborado, acrescentando itens que complementaram e qualificaram os processos de cuidado com os pacientes.

Ao longo de cinco meses, foi elaborado e desenvolvido o Plano de Ação, com a participação de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, que resultou em um novo protocolo de Registro de Enfermagem.

Concluímos que, houve uma melhora em relação aos registros apontados que haviam sido observadas no início do estudo. Os registros estão mais completos e as informações mais claras, mas se faz necessária manutenção por meio de ações educativas de forma permanente, a fim de qualificar os profissionais envolvidos nos processos e melhorar os resultados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Janaina B. D; MIRANDA, Jessica S.; MARQUES, Silvio F. G. **Registros em saúde: análise da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica do município de Lins/ SP**. Revista Enfermagem Brasil. São Paulo , Julho/ Agosto 2011. Acesso:

<https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3865/5864>.

BRAGAS, Luciane Z de T. **A importância da qualidade dos registros de enfermagem para a gestão em saúde: estudo em hospital na região noroeste do RS**. 10p. Trabalho de conclusão de Especialização em Gestão, Porto Alegre, 2015.

BRASIL. _____. **Código de Processo Civil Brasileiro. Lei N° 13.105/2015**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13105.htm

BRASIL. _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 311/2007** que aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007.

BRASIL. _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília, 2009.

BRASIL. _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 429/2012** que Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012.

BRASIL. _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 0514/2016** que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem

no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília, 2016.

BRASIL. _____. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: COREN-SP; 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf> Acesso em: 01/06/ 2022.

BRASIL. _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. _____. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Lei nº 7.498/1986. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm

BRASIL. _____. **Decreto- LEI N° 2.848/1940. Código Penal**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

BRASIL. _____. Lei nº 7.498, 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

BRASIL. _____. Lei N° 10.406/2002. **Institui o código civil**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm

BRASIL. _____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. _____. Ministério da Saúde. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Portaria N° 529/2013. Brasília, 2013. Acesso em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

CALDANA, G; Gabriel, CS; ROCHA, FLR; BERNARDES, A; FRANÇOLIN, L; COSTA, DB. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol. 15 n. 4 p. 915-922, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a08.htm> Acesso em: 19 mai. 2022.

CARRIJO, Alessandra R. **Ensino de História da Enfermagem: formação inicial e identidade profissional**. Tese de Doutorado, 172p. São Paulo, 2012.

CAVALCANTE, Andreia K. de C.B.; ROCHA, Ruth C.; NOGUEIRA, Lidya T.; AVELINO, Fernanda V. S. D.; ROCHA, Silvana, S. da. Cuidado Seguro ao Paciente: Contribuições da Enfermagem. Universidade Federal do Piauí Brasil. **Revista Cubana de Enfermería**. 2015.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2017, 5^o edição, 2017 .

GIORDANI, J. N. BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. **Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário**. Acta Paul Enferm , São Paulo, v. 25, n.4, p. 511-516, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/05.pdf>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde**. Genebra, 1981.

Morais CGX, Batista EMS, Castro JFL, Assunção SS, Castro GMO. **Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria**. Rev ACRED. [Internet]. 2015;5(9):64-84, Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5626617.pdf>

Oliveira NB, Peres, HHC, Jensen R, Yamasaki T. **Avaliação da qualidade dos registros eletrônicos de enfermagem**. In: PROENF: Gestão: Ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014

PERTILLE, Fabiane; ASCARI, Rosana A.; OLIVEIRA, Máira C. B. de. **A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar**. Artigo de Revisão Integrativa. Rev. Enferma. UFPE online. Recife, jun. 2018. Acesso em: file:///C:/Users/rafav/Downloads/234419-114417-1-PB.pdf

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 8 ed., São Paulo: Elsevier, 2013.