

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM STRICTU SENSU
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

MARIA DA GUIA FELICIANO DA SILVA

**REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

- Uma busca pela humanização do cuidado -

NATAL/RN

2011

MARIA DA GUIA FELICIANO DA SILVA

**REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

- Uma busca pela humanização do cuidado -

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em atenção à saúde.

Linha de pesquisa: Educação e trabalho em enfermagem e saúde.

Grupo de pesquisa: Caleidoscópio da Educação e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano.

NATAL/RN

2011

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA
Divisão de Serviços Técnicos

Silva, Maria da Guia Feliciano da.

Registro de enfermagem no prontuário em um hospital universitário: uma busca pela humanização do cuidado / Maria da Guia Feliciano da Silva. – Natal, RN, 2011.

98 f.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Medeiros Germano.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Educação.

1. Educação - Dissertação. 2. Humanização - Dissertação. 3. Registro de enfermagem - Dissertação. 4. Subjetividade - Dissertação. I. Germano, Raimunda Medeiros. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 37:616.253

MARIA DA GUIA FELICIANO DA SILVA

**REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

- Uma busca pela humanização do cuidado -

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em _____ de _____ de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Raimunda Medeiros Germano - Orientadora

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª. Drª. Glaucea Maciel de Farias - Titular

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª. Drª. Rosana Lúcia Alves Vilar - Titular Profª. Drª. Titular

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª. Drª. Moêmia Gomes de Oliveira Miranda - Titular

Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

NATAL/RN

2011

À Srª Rozilda Vieira da Silva e Antônio Feliciano da Silva (in memoriam), mãe e pai, aqui através destas simples palavras carregadas de emoção, registro a importância de vocês em minha vida. Obrigada pelos exemplos de amor incondicional, honestidade, humildade e vontade de vencer.

A minha querida e amada filha Bruna Feliciano Figueira pelas horas furtadas das brincadeiras em detrimento do conhecimento para a realização deste estudo.

Ao meu esposo Ivanilson Figueira, por ter despertado, em mim, uma força que desconhecia e por compreender as minhas ausências em razão deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força e meu refúgio, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado.

Meus irmãos e irmãs, pelo incentivo e carinho.

Aos professores da banca examinadora: Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano (UFRN), Prof^a. Dr^a. Glauceia Maciel de Farias (UFRN), Prof^a. Dr^a. Rosana Lúcia Alves Vilar (UFRN), e a Prof^a. Dr^a. Moêmia Gomes de Oliveira Miranda (UERN).

Aos professores Prof^a Dr^a. Soraya Maria de Medeiros, Prof^a Dr^a. Bertha Cruz Endes e Prof^a Dr^a. Rosineide Santana de Brito pelas importantes contribuições sugeridas ao nosso projeto no momento da qualificação.

Ao Departamento de Enfermagem da UFRN, pela oportunidade de aprendizagem.

Aos professores da pós-graduação, por todos os conhecimentos adquiridos nas disciplinas.

Ao Diretor do HUOL, Dr. José Ricardo Lagreca de Salles Cabral.

À Diretora de Enfermagem do HUOL – Enfr^a Neuma de Oliveira Medeiros, pela presença constante nessa caminhada.

Aos colegas enfermeiros do HUOL, pelo incondicional apoio e disponibilidade presentes durante toda a pesquisa.

Aos trabalhadores de enfermagem do serviço de hemodiálise, UTI, transplante renal, setor térreo, setor misto, centro cirúrgico, banco de sangue, CCIH, Núcleo de Epidemiologia, CDI e ambulatório.

Aos bolsistas do Grupo de Pesquisa Caleidoscópio da Educação em Enfermagem: Lorena Machado de Araújo, Fernanda Aparecida Soares Malveira, Aline Galúcio de Oliveira e a Prof^a Cecília Nogueira Valença, pela paciência e compreensão.

A Maria Cléia de Oliveira Viana, pelo estímulo ao estudo.

A Maria Consuelo Cavalcante, pelas críticas construtivas que contribuíram para enriquecer este trabalho.

A Luciana Mello Ribeiro pela amizade, incentivo e momentos de aprendizagem.

À turma do mestrado pelos momentos constantes de aprendizado.

Às amigas, Mabel Mendes Cavalcanti, Mônica Mathias Rafael do Nascimento, Oniele Oliveira das Neves Deodato, Ana Beatriz Medeiros de Cirqueira, Hênia Ramalho de Mello, Djailson José Delgado Carlos, Ana Cristina Araújo de Andrade, Lidinalva Barbosa de Barros, Rosemary Alvarez de Medeiros, Ana Dulce Batista dos Santos pela palavra de incentivo e pela credibilidade.

Ao amigo Osmar T. Kashiwaya, pelo incentivo, e, sobretudo, pela sugestão de leituras.

À prof^a. Magda Silva Néri, pelo trabalho de revisão linguística.

A todos os funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN.

A todos aqueles que sempre estiveram presentes nessa trajetória acadêmica.

Aos pacientes cujo tratamento merece e deve ser sempre humanizado.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ninguém brilha sozinho, e neste momento único em minha vida, quero agradecer a presença de uma mulher, esposa, mãe, avó, enfermeira, professora e orientadora. Nestes anos eu pude contar com a sua ajuda brilhante, pois você foi cúmplice de meu sonho.

Muitas vezes, temos gratidão e não temos a palavra certa para dizer aos que nos contemplam com pequeninas gotas de felicidade.

Em outros momentos, sentimos acanhamento em demonstrar nossos sentimentos.

Mas hoje eu não poderia fazer desta forma...

Hoje, eu não poderia fazer diferente!

Suas mãos encontrei estendida a mim em momentos difíceis de minha vida...

Seus ouvidos me ouviram quando não tinha ninguém para me ouvir...

Foram seus olhos, muitas vezes, que fixei, quando me senti só.

Suas palavras me orientaram, mostrando o caminho correto, que eu não encontrava.

Seu sorriso, seu carinho e humanidade me consolou.

Seus dedos inúmeras vezes seguraram o lápis entre minhas mãos...

Sua serena força interior sempre me impulsionou para a frente...

E rogo a Deus, retribuir sua generosidade, de toda alma e coração.

Você não foi tão somente minha orientadora...

Você foi minha mãe...

Fico feliz por ter a sua amizade e respeito e sinceramente dizer:

Você é uma pessoa especialmente divina.

Professora e Doutora Raimunda Medeiros Germano

RESUMO

SILVA, Maria da Guia Feliciano. **Registro de enfermagem no prontuário em um Hospital Universitário**: uma busca pela humanização do cuidado. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2011.

O objetivo do presente estudo é analisar a visão de enfermeiros acerca dos registros de enfermagem no prontuário, na perspectiva do registro do cuidado humanizado. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa. Para sua realização, foi solicitada e concedida autorização da direção do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, conforme Parecer nº 422/10. Durante a coleta de dados, foram feitas entrevistas com 20 enfermeiros da Instituição. A análise do material coletado foi realizada a partir do referencial teórico de Minayo para análise temática do conteúdo, ancorada em autores que trabalham com os temas, registros de enfermagem e humanização da assistência. A partir do material empírico, foi construída uma grelha de análise, sendo identificadas quatro categorias, assim, nominadas: “Lendo e aprendendo com o que se registra”; “os registros de enfermagem e a qualidade da assistência”; “a essência dos registros de enfermagem” e a “intenção e gesto sobre o registro dos aspectos subjetivos do paciente”. Os resultados apontam que os registros são incipientes, mesmo em se tratando dos procedimentos realizados com o paciente; comumente, não informam acerca dos aspectos que tratam das subjetividades que o envolvem; e admitem que os registros não representam um parâmetro para avaliar a qualidade da assistência, pelo menos, naquela Instituição. Em síntese, os participantes da pesquisa reconhecem a importância da valorização da subjetividade do paciente em seu tratamento, no entanto confessam negligenciar esse aspecto tão significativo para uma assistência integral, humanizada e de qualidade.

DESCRITORES: Registros de enfermagem. Subjetividade. Humanização

ABSTRACT

SILVA, Maria da Guia Feliciano. **Nursing record in patient chart at a university hospital: a quest for humanization of care.** 2011. Dissertation (Masters in Nursing). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2011.

The aim of this study is to analyze the view of nurses about nursing records in the patient chart, in perspective of the record of humanized care. This is a case study, with qualitative approach. For its achievement, was sought and granted authorization from the direction of the Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) and the Ethics Committee in Research of HUOL as Statement No. 422/10. During data collection, interviews were conducted with 20 nurses of the institution. The data analysis was based on the theoretical framework of Minayo to thematic content analysis, grounded in authors who work with themes, nursing records and quality care. With the empirical material, we constructed a framework of analysis, which was identified four categories thus nominated, "Reading and learning from those who register," "nursing records and quality of care," "the essence of nursing records" and "intention and action on the record of the subjective aspects of the patient." The results show that the records are insufficient, even in the case of the procedures performed with the patients often do not inform about the aspects that deal with the subjectivity that surround it, and admit that the records do not represent a parameter for evaluating the quality of care at least at that institution. In summary, the respondents recognize the importance of valuing subjectivity of the patient in their treatment, yet admit to neglect this aspect as significant for comprehensive health care, humane and quality.

KEYWORDS: Nursing records. Subjectivity. Humanization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Grellla de Análise do discurso dos participantes da pesquisa	47
Quadro 2: Dificuldades na realização do registro de enfermagem.....	69
Quadro 3: Sugestões para melhoria dos registros de enfermagem no prontuário do paciente.....	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
CDI	Centro de Diagnóstico por Imagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
HOSPED	Hospital de Pediatria Professor Eriberto Ferreira
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
MS	Ministério da Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPR	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USP	Universidade do Estado de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	O PRONTUÁRIO DO PACIENTE E OS REGISTROS DE ENFERMAGEM	23
3.2	A POLÍTICA DO HUMANIZASUS	32
3.3	A ENFERMAGEM E O CUIDADO HUMANIZADO	35
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	40
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	41
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	42
4.3	PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA PESQUISA	43
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	44
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
4.6	INSTRUMENTO DE PESQUISA	45
4.7	PROCEDIMENTOS DA COLETA DE INFORMAÇÕES	45
4.8	TRATAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	46
5	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	49
6	TECENDO O SABER	56
6.1	LENDO E APRENDENDO COM O QUE SE REGISTRA	57
6.2	OS REGISTROS DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	60
6.3	A ESSÊNCIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	63
6.4	INTENÇÃO E GESTO SOBRE O REGISTRO DOS ASPECTOS SUBJETIVOS DO PACIENTE	65
6.5	DIFICULDADES E SUGESTÕES NA REALIZAÇÃO DOS REGISTROS	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	86
	ANEXOS	92

A close-up, slightly blurred photograph of a hand holding a quill pen over an open book. The hand is positioned in the center-left, with the quill pointing upwards and to the right. The book's pages are visible, and the background is a soft, warm-toned wall. The overall mood is one of quiet concentration and traditional craftsmanship.

INTRODUÇÃO

“Uma palavra escrita é semelhante a uma pérola”.

(Goethe)

1 INTRODUÇÃO

No âmbito de uma instituição hospitalar, os processos de trabalho multiprofissionais estão intrinsecamente relacionados a assistir o paciente. Cada categoria profissional possui seus saberes e competências, e para a interação multidisciplinar, os profissionais utilizam-se da comunicação para a construção desse processo.

A comunicação multidisciplinar é um fator imprescindível no processo de trabalho dos profissionais de saúde, visto que há muitas equipes e turnos diferentes. Para tanto, a comunicação oral e, principalmente, a escrita é utilizada como ferramenta para garantir a continuidade da assistência aos pacientes.

Ao considerar que a equipe de enfermagem assiste o paciente continuamente em todo o período de permanência hospitalar, seus registros constituem maioria e são fundamentais ao prontuário. Assim, o cuidado prestado por uma equipe de enfermagem é repassado à outra através da passagem de plantão e das informações registradas no prontuário.

A esse respeito, Horta (2005) considera a comunicação como sendo um dos instrumentos básicos do cuidar e define como o conjunto de habilidades e conhecimentos necessários ao enfermeiro para que possa desenvolver sua profissão de forma eficaz e com competência.

Desse modo, a linguagem escrita – além de compreender um instrumento básico do cuidar – permite, também, a documentação do trabalho efetivados de forma permanente. Na assistência de enfermagem, essa linguagem corresponde aos registros de enfermagem.

Matsuda, Carvalho e Évora (2007) conceitua os registros de enfermagem como a forma escrita de todas as informações pertinentes ao paciente e os resultados dos tratamentos, constituindo, dessa forma, um instrumento de tomada de decisão e parâmetro para medição da qualidade da assistência prestada.

Esses registros são considerados importantes meios de comunicação entre a equipe de saúde, sobretudo quando valorizados e realizados com um determinado padrão de qualidade, ou seja, quando a assistência prestada ao paciente é registrada tal qual, como ocorreu, permitindo a fidedignidade dos fatos (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

Corroboram Ochoa-Vigo et al (2001) que os registros da equipe de enfermagem constituem documentos importantes que auxiliam no planejamento, continuidade e avaliação do paciente e do cuidado prestado, já que faz parte de todas as fases do processo de enfermagem.

Para Gonçalves (2008), a finalidade dos registros de enfermagem é, essencialmente, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo, assim, a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente.

Assim, é ressaltado que, para alcançar a qualidade do cuidado, é necessário que a equipe de enfermagem proceda ao registro de forma clara, objetiva, sucinta, concisa, legível e completa no prontuário do paciente (ITO et al, 2005).

Todavia, inúmeros estudos publicados acerca desses registros trazem informações não satisfatórias a esse respeito. Os registros da equipe de enfermagem estão, na maioria das vezes, fundamentados no procedimento técnico realizado e na patologia, permeados pelo uso excessivo de siglas, informações incompletas, termos repetitivos, inconsistentes e com subnotificações (LOURENÇO et al, 2002; OCHOA-VIGO, 2003; BASSAN; CAETANO, 2005; MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007; ROQUE; MELO; TONINI, 2007; CARVALHO et al, 2008; OLIVEIRA; CADETTE, 2008).

Ressaltamos, pois, que não se trata de minimizar os registros sobre procedimentos e informações referentes à doença, muito pelo contrário, tem-se a obrigação de anotar procedimentos técnicos realizados, uma vez que a auditoria necessita desses dados para contabilizar os custos da instituição hospitalar. Procedimento técnico também é cuidado, o que também remete a mensuração da qualidade da assistência prestada.

Entretanto, são primordiais as informações sobre a evolução da enfermidade, as avaliações dos diversos tratamentos, remissão de sinais e sintomas ou o aparecimento de outros. Porém, o que se observa, usualmente, é que os registros apresentam-se de forma inconsistente pelo uso excessivo de termos técnicos e outras inadequações, como siglas e palavras inapropriadas, utilizadas, desordenadamente, sem conexão com a patologia e de forma coletiva, desfavorecendo a individualidade do paciente.

Observa-se que são raros os registros realizados a partir de uma observação individual do profissional em interação com o paciente, o que prejudica a coleta de informações que constituiria, muitas vezes, a diretriz para uma tomada de decisão.

Um aspecto que merece ser considerado é que essa inter-relação profissional da equipe de enfermagem/paciente/acompanhante já se constitui em um processo terapêutico e deve ser compreendido como parte importante e integrante do tratamento.

Bub (2005) afirma que, quando a equipe de enfermagem, paciente e acompanhante conversam, expõem suas ideias, medos, perspectivas e conflitos num esforço mútuo para a fusão de horizontes e a decisão compartilhada.

De acordo com Santos e Westphal (1999), percebe-se ainda uma hegemonia do modelo biomédico na assistência hospitalar, que influencia na coleta e registro de informações sobre o paciente, o que não permite enxergar o paciente em sua totalidade.

Nesse aspecto, se perde muito do indivíduo: informações que poderiam preencher lacunas existentes para confirmar um diagnóstico ou o refutar, reduzir uma dose do medicamento ou aumentar, não realizar determinado exame ou fazer certo procedimento; e desencadear uma tomada de decisão na conduta médica.

Para evitar a perda de informação, e contemplar a apreensão dessa comunicação por todos os profissionais será tão mais completa quanto melhor for a qualidade dos registros e sua fidedignidade com as necessidades do paciente, em todas as suas dimensões. Nessa perspectiva, o foco deverá estar voltado para o cidadão na sua totalidade do viver e adoecer e não somente no relato dos procedimentos e da evolução de sua doença, da patologia que acomete o ser.

Stein Backers (2008) garante que o processo de trabalho em saúde atende ao aspecto básico de preservar, respeitar e reconhecer que os pacientes possuem uma gama de necessidades particulares, individuais.

Nesse sentido, Bub (2005) afirma que, para o profissional vir a atender tais particularidades, deverá aceitar aspectos contrários às suas próprias crenças, configurando, assim, um grande desafio: só se consegue atender e ouvir genuinamente o outro quando se apreendem as diferenças.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desdobramentos, expressos em programas e políticas de atuação à saúde, abrem-

se espaços de discussão acerca de novas práticas em saúde, com vistas à melhoria da qualidade da assistência.

O SUS, marcado pelo novo paradigma da produção social de saúde, fomenta as práticas multidisciplinares em que o cidadão, usuário do sistema de saúde, assistido por uma instituição quer seja privada ou estatal, deve ser cuidado como um todo, de forma integral (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Mattos (2004) defende que a integralidade é definida como uma das diretrizes básicas do SUS, e, assim sendo, é o que o diferencia de toda a tendência mundial na área da saúde desde a época de sua implantação. O sentido de integralidade é abordado como a capacidade de o profissional de enfermagem perceber o paciente em suas dimensões biopsicossociais, ou seja, em sua totalidade. Com efeito, essa perspectiva representa uma saída ao reducionismo do paradigma flexneriano, incorporando o princípio do atendimento às necessidades biopsicossociais através de cuidados de qualidade.

A Política Nacional de Humanização (PNH) lançada pelo Ministério da Saúde reforça o novo paradigma da saúde. Através dos seus princípios, diretrizes e dispositivos aprimora a política do SUS, e provoca o debate em torno de uma nova forma de fazer saúde. Indica um novo rumo em busca da qualidade do cuidado prestado, envolvendo usuários, trabalhadores da saúde e gestores (BRASIL, 2003). Essa nova forma de cuidar sugere ir além da doença, além das técnicas e buscar apreender o ser humano em suas inquietações, temores, sofrimentos, anseios, sonhos e alegrias.

Backes, Martins e Dellazzana (2000) inferem que o cuidado humanizado é tornar o ambiente hospitalar voltado ao máximo para a pessoa humana, tendo como princípio a consideração das crenças, valores, sentimentos e angústias. É reconhecer a identidade do paciente, que, segundo a autora, não possui rosto e se esconde atrás do anonimato. É legitimar esse nome, e apreender suas necessidades. Para Stefanelli (1993), o cuidado humanizado é uma relação de empatia.

Portanto, cuidado humanizado, nesta pesquisa, será concebido como o ato de cuidar do outro de acordo com suas necessidades biopsíquicas, sociais e espirituais, favorecendo de acordo com a PNH, sua singularidade, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; cuidar de forma plena na totalidade do indivíduo, enquanto um ser individual com características e necessidades singulares.

Nessa perspectiva, a política do HumanizaSUS atribui novo sentido à práxis hospitalar constituindo um campo repleto de possibilidades em busca da qualidade assistencial através do diálogo multidisciplinar nas diferentes instâncias, para a produção do cuidado em saúde. (BRASIL, 2003).

O consenso referido pelos diversos autores que abordam novas formas de produzir saúde (FORTES; MARTINS, 2000; HOSSNE, 2002; TEIXEIRA; CHANES, 2003; CAPRARA, 2003; AYRES, 2004; MARTINS, 2004; FREITAS et al, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005; CASATE; CORREA, 2005) quando se referem à humanização, trazem o ser humano, a pessoa que necessita dos serviços de saúde como centro da ação, assim, não reduzindo o cuidado à realização dos procedimentos ou seguimento da rotina, como também, esse cuidado sendo realizado a partir das necessidades do paciente.

Desse modo, é essencial que a enfermagem busque subsídios para – além de produzir saúde baseada no saber técnico – se conscientizar e se empenhar, igualmente, na busca de conhecimentos que possam garantir e contribuir para o cuidado mais abrangente, focalizado na incorporação das singularidades do humano.

Ao considerar que os registros de enfermagem são parâmetros para a mensuração da qualidade da assistência prestada, é imprescindível que tais registros denotem o cuidado humanizado, através do relato do atendimento das necessidades subjetivas do paciente.

Diante dessas considerações, e envolvida com o debate em torno dessa política, associada a minha experiência profissional na condição de enfermeira do serviço de educação permanente de um hospital de ensino, posso afirmar que os registros de enfermagem sempre constituíram tema de minhas preocupações.

A maior motivação em efetivar este estudo vem desde a época em que cursava a academia de enfermagem. Como aluna, fui muito organizada, de forma que adquiri o hábito de detalhar, minuciosamente, toda a assistência prestada nos registros realizados. Anotava de forma sucinta e clara os procedimentos efetuados, os cuidados prestados, as pendências, o exame físico, complementado por um relato das apreensões a respeito de alguns sentimentos e necessidades do paciente.

Lembro que meus colegas brincavam comigo e diziam que eu só escrevia muito porque tinha uma boa caligrafia. Mas, na verdade, o que justificava era a preocupação com a continuidade da assistência.

Como discente, sabia que estava só de passagem. E se a equipe quisesse saber de alguma informação referente aos cuidados prestados por mim ao paciente, depois de minha saída? Como eles resgatariam essas informações? Então, me preocupava em relatar todas as informações e, mesmo na condição de estudante, percebia que era assim que tinha que ser.

Atualmente, minha caligrafia não é mais a mesma, porém meu interesse pelo tema permaneceu latente, acrescido de que com o passar do tempo e a maturidade profissional adquirida, lanço um olhar crítico sobre os registros de enfermagem. De forma habitual, os registros estão focados no relato da evolução da doença e dos procedimentos técnicos, tendendo a reforçar o paradigma que fragmenta o indivíduo, as práticas e, conseqüentemente, induzindo a um registro que não nos possibilita visualizar o ser além da enfermidade.

Rotineiramente, somos criativos, driblando com maestria, na maioria das vezes, a falta de recursos humanos e materiais, porém deixamos de relatar acontecimentos, realizações, procedimentos importantíssimos à continuidade dos cuidados e, principalmente, esquecemos de descrever as subjetividades do paciente assistido.

Ao final deste estudo, temos a pretensão de contribuir para a academia e o serviço, de forma a despertar a reflexão e ampliar conhecimentos sobre os registros de enfermagem no prontuário do paciente, indo além do corpo doente, apreendendo o ser humano em sua totalidade. Além disso, acrescentar conhecimentos próprios da enfermagem como ciência, com a finalidade de fortalecer, cada vez mais, a nossa profissão.

O local desse estudo – instituição universitária que abriga ensino, pesquisa e extensão – exige que o registro de enfermagem compreenda um instrumento de comunicação multidisciplinar e um sinalizador fidedigno da qualidade da assistência prestada, já que o hospital é campo de estágio às diversas disciplinas dos cursos da área da saúde e sede para a realização de diversos estudos científicos.

Assim, o desenvolvimento deste estudo contribuirá para a academia, na busca de subsídios para pesquisas; para a melhoria da qualidade dos registros de enfermagem com a finalidade de auditorias, qualidade, investigações e comunicação

interprofissional, favorecendo, conseqüentemente, pacientes e familiares na busca do entendimento da assistência prestada no Hospital Universitário.

Assim, diante dessas inquietações, indaga-se:

- Qual a importância que os enfermeiros conferem aos registros de enfermagem no que diz respeito ao cuidado humanizado e quais as principais dificuldades identificadas na realização desses registros no prontuário do paciente?

Portanto, os registros de enfermagem, à luz da assistência fundamentada no cuidado humanizado, constituem o objeto da presente investigação.

A close-up, slightly blurred photograph of a hand holding a pen, poised to write on a document. The background is a soft, out-of-focus light color, possibly a wall or a large sheet of paper. The lighting is warm and natural, highlighting the texture of the skin and the metallic sheen of the pen.

OBJETIVOS

"A escrita é a pintura da voz."

(Voltaire)

2 OBJETIVOS

Considerando os aspectos até aqui abordados, estabelecemos enquanto objetivos deste estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a visão de enfermeiros acerca dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, na perspectiva do cuidado humanizado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a visão de enfermeiros sobre a importância dos registros de enfermagem no prontuário do paciente em relação ao cuidado humanizado.

- Descrever o que os enfermeiros consideram importantes registrar no prontuário do paciente.

- Identificar as dificuldades apontadas por enfermeiros em fazer os registros de enfermagem que envolvem os aspectos da subjetividade do paciente.

A hand holding a pen over a notebook, with a blurred background of a person's face.

REVISÃO DE LITERATURA

"A escrita é a única forma perfeita do tempo."

(Jean-Marie Le Clézio)

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PRONTUÁRIO E OS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Alguns dos mais antigos registros de práticas em saúde datam de 3.000 a.C e pertence à civilização assírio-babilônica, com peças de argila apresentando anotações de atividades médicas.

Outro é o código de Hamurabi que data de 2.250 a.C versando sobre a negligência médica, a regulamentação do exercício, remuneração e castigos constituindo, assim, o código de leis mais antigo e célebre da humanidade (LISBOA, 2002; FREITAS, 2007).

Hipócrates, no século V a.C.(460 – 377 a. C), médico grego, considerado o pai da Medicina, é o mais célebre médico da Antiguidade e o iniciador da observação clínica. Seus escritos, reunidos nos 72 livros do Corpus Hippocraticum, chamada de coleção hipocrática, que tratam de epidemias, articulações e fraturas. Imprimindo seu gênio, cria o método de observação ao pé do leito, descrevendo cada um dos casos, sentindo o operar tênue ou abrupto dos sintomas. (BARBOSA; LEMOS, 2007).

Hipócrates formaliza assim uma extensa obra, maior parte dela escrita por seus alunos, que cristalizava o saber empírico das tábuas votivas num pensamento sistematizado e notável, desligando a medicina das crenças mágicas. (BOMPADRE, 2006).

Estimulou os médicos a fazerem registros escritos, dizendo que o prontuário tinha dois propósitos: refletir de forma exata o curso da doença e indicar as possíveis causas das doenças.

Até o início do século XIX, esses profissionais baseavam suas observações e, conseqüentemente, suas anotações, no que ouviam, sentiam, viam e as observações eram registradas em ordem cronológica, estabelecendo assim o chamado prontuário orientado pelo tempo (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna, cuidou de enfermos na Guerra da Criméia, em 1853-1856 e, mesmo naquela época, descrevia as subnotificações encontradas nos relatos das informações registradas.

Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Estes registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito com ele. (NIGHTINGALE, 1989, p. 67).

Em 1920, William Mayo adota um registro individual das informações de cada paciente que passam a ser arquivadas separadamente.

O Hospital Geral de Massachussets (EUA), em 1897, é tido como o primeiro a organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

No Brasil, o primeiro hospital a implantar esse serviço foi o Hospital das Clínicas da USP, em 1943, através da Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, que se especializou nos EUA. Em seguida, Santa Casa de Santos (SP) e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Então, à medida que as calamidades vão afetando a saúde da humanidade, os profissionais vão percebendo a necessidade de alcançar novas práticas e técnicas, em busca de alívio para a dor, o sofrimento e sua cura e percebendo que os registros dessas ocorrências devem ser feitos de forma sistemática e organizados para futuras comparações, consultas e investigações.

Foucault (2005) versa sobre o nascimento do hospital e relata contribuições, a respeito dos registros das enfermidades e a sua evolução com a identificação da necessidade de o profissional recorrer a tais informações para o acompanhamento do doente. Infere que, naquela época, já se vislumbrava a

[...] organização de um sistema de registro permanente e, na medida do possível, exaustivo, do que acontece. Em primeiro lugar, técnicas de identificação dos doentes. Amarra-se no punho do doente uma pequena etiqueta que permitirá distingui-lo mesmo se vier a morrer. Aparece em cima do leito a ficha com o nome e a doença do paciente. Aparece, também, uma série de registros que acumulam e transmitem informações: registro geral das entradas e saídas em que se anota o nome do doente, o diagnóstico do médico que o recebeu, a sala em que se encontra e, depois, se morreu ou saiu curado; registro de cada sala feito pela enfermeira-chefe; registro da farmácia em que se diz que receitas e para que doentes foram despachadas; registro do médico que manda anotar, durante a visita, as receitas e o tratamento prescritos, qual era o diagnóstico, etc. Aparece, finalmente, a obrigação dos médicos para então confrontarem suas experiências e seus registros – ao menos uma vez por mês, segundo o

regulamento do Hôtel-Dieu de 1785 – para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra, etc. Os registros obtidos quotidianamente, quando confrontados entre os hospitais nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. (FOUCAULT, 2005, p. 64).

Dessa forma é possível verificar a importância histórica dos registros das ações de saúde como instrumento efetivo de gerenciamento, educação, pesquisa e evidências da qualidade dos serviços prestados.

Nota-se, então, que é antiga a exigência para que as instituições de assistência à saúde relatem toda informação a respeito dos procedimentos e cuidados realizados com o paciente, assim, recai sobre o profissional que o assistiu a responsabilidade do relato fidedigno das ações efetivadas.

Atualmente, toda instituição de assistência à saúde de pequeno, médio e grande porte, seja público ou privado, dispõe de um serviço de registro da assistência prestada pelos profissionais, organização e arquivamento dessas informações.

Na verdade, o prontuário do paciente constitui um dossiê do processo saúde/doença pertinente a um cidadão. Tais informações servem de instrumento de comunicação multidisciplinar, de auditoria dos serviços, de ensino e pesquisa, denotando, assim, a qualidade dos cuidados e o processo de trabalho da instituição, além de ser um documento legal, prova verossímil de defesa ou condenação de um profissional ou grupo. Constitui, por si só, a memória viva de toda instituição de atendimento à população.

Desse modo, faz-se necessário que todos os profissionais que o utilizam, especificamente, o façam com responsabilidade e compromisso ético com o registro fidedigno dos cuidados realizados.

Carvalho et al (2008, p. 221) afirmam que “as falhas dificultam a defesa do profissional, e prejudica o seguimento da doença, o ensino, a pesquisa, a qualidade do serviço e o ressarcimento pelo hospital dos serviços prestados”.

O século XXI, caracterizado por significativas mudanças, principalmente no contexto da saúde, sinaliza para a necessidade de novas práticas que comunguem com a integralidade das ações, dos serviços e instâncias gestoras, nos diversos níveis de atenção à saúde, visando à construção de uma assistência global, pautada na visão do homem como um todo.

Estudiosos desenvolveram uma pesquisa abrangendo 77 hospitais de ensino do Brasil, dos 105 filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), e os resultados foram desconcertantes. A análise de todos os prontuários mostrou a carência de informações e muitas subnotificações; esse fato foi visto pelos pesquisadores como “aparente descaso com o mais correto registro das informações de interesse das pessoas assistidas pelo sistema de saúde” (SILVA; TAVARES NETO, 2007, p. 125). Os mesmos autores tentam encontrar justificativas e respaldo na falta do prontuário eletrônico do paciente (PEP) e na atual crise de financiamento e refinanciamento que perpassam os hospitais públicos brasileiros.

Porém, eles sugerem, em contrapartida, que, antes da informatização do prontuário, é imprescindível uma séria revisão e discussão multiprofissional a respeito da sua finalidade e importância visando despertar a consciência profissional, de que este é um documento único e deve ser construído sob o registro fidedigno dos fatos, visto que as novas tecnologias não suprem as deficiências dos registros.

Em contribuição com o descrito acima, Bacelar, Almeida e Andrade (2002) asseguram que os prontuários trazem muitas falhas de preenchimento das informações, destacando: subnotificações dos registros, erros gramaticais, ilegibilidade, falta de carimbo do profissional, uso demasiado de siglas e abreviaturas inapropriadas, entre outros.

Essas são faltas graves que incorrem tanto em ato prejudicial à qualidade e à continuidade da assistência, e na captação das informações para fins de auditoria e pesquisa, como também corrobora a crescente demanda dos profissionais e/ou instituição em ações de responsabilidade cível.

Portanto, fazer o registro de forma adequada contemplando uma boa escrita, relato claro e objetivo dos acontecimentos favorecendo a compreensão de todos é de responsabilidade de qualquer o profissional que assistir o paciente, de alguma forma.

Nesse ponto, Novaes (2003) chama a atenção para a mudança de nomenclatura, nas últimas décadas, de prontuário médico, para prontuário do paciente.

França (1978) assevera que o médico é o autor do prontuário, é dele a propriedade intelectual, ao paciente e seus parentes pertence o conteúdo, as informações ali constantes.

Infere-se, porém, que o prontuário do paciente é uma ferramenta multiprofissional e interdisciplinar, em que sua construção e autoria pertencem a múltiplas mãos, a dos outros profissionais da saúde, assim não cabe, apenas, a um sujeito a propriedade intelectual. Cada profissional, dentro de suas competências e observações, fará o registro dos fatos de forma fidedigna.

O Ministério da Saúde (MS) revogou a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63, de 31 de março de 2006, onde publicou, em 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, e lança a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. (BRASIL, 2009). Consta da mesma Carta com algumas novas informações orientando o paciente e seus familiares a tomarem consciência de seus direitos e deveres. Essa carta é uma estratégia de inclusão social, de fomento ao exercício da cidadania e não deixa de ser uma forma de controle social.

Para Gomes et al (2008), “à medida que há apropriação destes direitos, equilibrados com a apropriação dos deveres, pelo paciente e sua família, torna-se possível maior controle social e a participação coletiva nas ações de atenção e nos processos da gestão”.

Considerando esta realidade, os registros de enfermagem deveriam convergir para um relato escrito centrado no indivíduo, evidenciando a história da sua enfermidade em congruência com a sua dimensão psicossocial e espiritual, suas singularidades.

Convém, no entanto, ressaltar que inúmeros pesquisadores efetuaram estudos evidenciando que os registros da equipe de enfermagem se encontram pautados no relato da patologia e nos procedimentos realizados (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007; VITURE; MATSUDA, 2008; VENTURINI; MARCON, 2008; OLIVEIRA; CADETTE, 2008; CAIXEIRO; DARGAM; THOMPSON, 2008; BARLEM et al, 2008).

Presume-se, nesse caso, que o paradigma flexeneriano, ainda permeia as práticas assistenciais, compondo uma barreira para a qualidade do cuidado e o seu registro.

Bassan e Caetano (2005, p. 83) situam que “uma visão fragmentada da pessoa leva a uma abordagem e, conseqüentemente a uma informação e a um registro também fragmentado”.

Daí a importância dos registros para a qualidade da assistência, já que passa a ser um reflexo do processo de trabalho e representa a forma escrita de toda a assistência prestada e a continuidade dos fatos ocorridos no período.

Para o COREN/SP (2008, p. 24), os registros de enfermagem:

[...] são registros ordenados, efetuados pela equipe de enfermagem, com a finalidade essencial de fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Os registros de enfermagem refletem todo empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando assim suas ações.

Para Gonçalves (2008), são vários os tipos de registros de enfermagem considerados importantes.

A autora cita gráfico dos sinais vitais; sinal utilizado para checar medicamentos administrados e apontar para aqueles que estão em falta na instituição ou foram suspensos pelo médico; impressos descritivos com informações numéricas, tais como impresso de balanço hídrico, glicemia capilar, entre outros.

Os registros de enfermagem atendem aos aspectos legais do nosso Código de Ética que foi reformulado pela Resolução COFEN nº 311/2007, o qual revoga a Resolução COFEN nº 240/2000, com aprovação em 8 de fevereiro de 2007. Está organizada por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de Enfermagem:

Das responsabilidades e deveres - Art. 25 Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar;
Das proibições - Art. 35 Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada;
Das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros - Art. 41 - Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência;
Das proibições - Art. 42 - Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional;

Das relações com as organizações empregadoras - Art. 68 – Registrar no prontuário e em outros documentos próprios da Enfermagem informações referentes ao processo de cuidar da pessoa. (COFEN, 2007, p.3).

Para a equipe de enfermagem, assistir com qualidade requer o conhecimento das leis do exercício profissional, pois fornecem delineamento e respaldo às condutas éticas. (ASSUNÇÃO, 2005).

Segundo Ito et al (2002) e Canête (2005), muitos são os critérios descritos por diversos autores sobre o conteúdo dos registros de enfermagem:

- As anotações devem ser completas, concisas, objetivas, claras, legíveis e sem rasuras.
- Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido corretamente com nome completo, data, registro hospitalar, setor e leito.
- Deverá ser realizado em tinta azul ou preta e, se serviço noturno, tinta vermelha.
- Qualquer equívoco no registro deve ser corrigido, utilizando os termos: digito, correção, retificando, sem efeito; evitar o uso de corretivos líquidos.
- Devem conter data, horário de cada registro, número do registro no COREN e assinatura do responsável.
- Quem executou o procedimento é quem deve registrar o cuidado prestado.
- Utilizar terminologia científica adequada.
- Utilizar somente abreviaturas permitidas pela instituição, pois é de conhecimento de todos os profissionais daquela instituição.
- Evitar linhas em branco entre uma e outra frase.
- Caso tenha se esquecido de anotar algo, utilizar a expressão: em tempo.
- Ao final de cada registro deve conter a assinatura, carimbo e a categoria profissional.
- Evitar frases, expressões ou palavras dúbias, já que dificultam o entendimento.

- Registrar as medidas de segurança e as de prevenção de complicações.
- Observações sobre o estado geral e psíquico, suas alterações e intercorrências.
- Registrar todos os cuidados realizados, checar medicamentos administrados e sinalizar os que não foram ofertados e sua justificativa, controle de sinais vitais, alterações e condutas, balanço hídrico.
- Levar em consideração a patologia do cliente.
- Anotações de alta indicando as condições físicas, meio de locomoção, acompanhamento de familiares ou profissionais contratado pela família e orientações para continuidade do tratamento.

Para efetuar um registro fidedigno, é importante que a equipe de enfermagem interaja com o paciente, pois as informações documentadas deverão manifestar a sua realidade biopsicoespíritual, ao mesmo tempo que demonstram a qualidade dos cuidados prestados. Esses dados irão compor o prontuário do paciente convertendo-se em dados científicos e legais para os usuários, a equipe multiprofissional, a academia, o serviço, instituições e outros.

Isso atesta a importância dos registros como instrumento de comunicação acerca da evolução da saúde e dos cuidados realizados, guiados não só através dos conhecimentos científicos da equipe, mas também daquilo que a equipe observa, sente, apreende, vê.

Dessa forma, os registros não devem ater-se tão somente à integridade física e à evolução da patologia e aos procedimentos realizados, mas permitir a visualização do paciente de forma global, relatando os aspectos psicológicos, espirituais e sociais, tendo, como meta, o bem-estar geral deste através do atendimento às suas necessidades básicas.

Isso se constitui em um desafio, pois o campo da Enfermagem é composto por diversas atividades com diferentes dimensões de complexidade, porém todas possuem o mesmo grau de importância de registro, pois, de acordo com Ito et al (2005), cuidados não registrados são informações perdidas.

Mussi (1999) argumenta que as práticas de enfermagem devem sanar as necessidades dos pacientes, mas, para isso, é preciso apreender o que é

essencialmente indispensável para o seu conforto dentro da sua complexidade assistencial.

Porém, como através da prática ofertar conforto, diante do sofrimento, da angústia, da dor e da iminência da morte, como é o caso de muitos dos nossos pacientes?

Muitos pesquisadores respondem a essa questão inferindo a abordagem ética humana da relação interpessoal e da prática assistencial, pois se pode negar, consciente ou inconscientemente, o conforto se não adotarmos uma atitude de respeito frente a dor do outro. (TAVARES; RODRIGUES; SCATENA, 1998; MUSSI, 1999; SADALA, 1999; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; ROQUE; MELO; TONINI, 2007).

Muitas atitudes profissionais constituem obstáculos que impedem a comunicação efetiva com o paciente, acarretando a incapacidade de enxergar suas necessidades e promover uma rede de cuidados que favoreçam a humanização da assistência.

Para Barlem et al (2008), é essencial ver o paciente por outro ponto de vista, como sujeito, que, por ocasião da necessidade de internação, carrega para dentro da instituição hospitalar todas as suas subjetividades.

Para a continuidade da busca em ofertar conforto e bem-estar para o paciente, é imprescindível que ocorra o registro fidedigno dos cuidados prestados e os planejados, principalmente suas subjetividades. Dessa forma, inúmeras vezes, registra-se a evolução de uma determinada patologia, sem enxergar o humano, a pessoa. Registram-se, apenas, as informações desprovidas das subjetividades, daquilo que nos faz humanos, daquilo que nos faz únicos.

Subjetividade é entendida como o espaço íntimo do indivíduo, seu mundo interno, com o qual ele se relaciona com o mundo social, mundo externo. Isso resulta tanto em marcas singulares na formação do indivíduo quanto na construção de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural que vão constituir a experiência histórica e coletiva dos grupos e populações.

Desconsiderando essa dimensão subjetiva, o paciente torna-se um mero objeto de nossa intervenção técnica.

Urge conscientizar-se das ações em busca de um registro de enfermagem fundamentado no cuidado humanizado, que considere o outro em todas as suas dimensões.

3.2 A POLÍTICA DO HUMANIZA SUS

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p 20). Esse é um dispositivo legal conquistado pelo povo brasileiro, permeado de muitas lutas, que ainda não cessaram. Uma conquista importante dessas lutas pela reforma sanitária foi o fato de o Brasil ter, hoje, um sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, com a finalidade de minimizar as desigualdades na assistência à saúde.

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, e não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social (BRASIL, 1988).

É constituído por princípios doutrinários, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; e regionalização e hierarquização (BRASIL, 1988).

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil. Seus avanços são significativos, desde os anos 80 ele tem se reafirmado como política pública, porém enfrenta alguns desafios a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime (BRASIL, 1988).

Um desses desafios diz respeito ao atendimento integral do indivíduo, já que se associa a um olhar ampliado que deve considerar todos os aspectos que envolvem as necessidades básicas de um indivíduo, tais como as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Esse é um desafio de todos os profissionais de saúde.

Porém, na contramão dessa possibilidade, há o modelo biomédico que, ainda, permeia as práticas assistenciais, principalmente no âmbito hospitalar das instituições de alta complexidade, dito de referência terciária.

É visível o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as dimensões subjetivas que essa nova prática propõe. Então, de alguma forma, esse quadro clama pela necessidade de mudanças tanto no atendimento quanto na gestão.

Dessa forma, foi criado, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS – o HumanizaSUS, que se estrutura através de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Os princípios ‘disparam’ um determinado movimento através da:

- Transversalidade das ações com aumento do grau de comunicação intra e interdisciplinares entre os diferentes profissionais envolvidos na assistência, garantindo a transformação dos modos de relação e de comunicação desestabilizando as fragmentações das práticas e processos de trabalho.

- Indissociabilidade entre atenção e gestão, que abarca a alteração dos diversos saberes e modos de cuidar, em que, através do cuidado prestado, se produz saúde e sujeitos e uma nova visão do processo de trabalho, favorecendo, assim, a integralidade do cuidado.

- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, que corresponde a compartilhar responsabilidades fomentando a autonomia do processo de gerir e de cuidar, levando em consideração e respeitando as diferentes realidades sociais (BRASIL, 2008).

O método da PNH, entendido aqui como uma forma de caminhar, induz à inclusão social das diferentes instâncias gestoras do SUS: os trabalhadores e os usuários deste sistema de saúde (BRASIL, 2008).

As diretrizes da PNH são orientações gerais de formas e modos de fazer saúde diferente, que desencadeia a inclusão social. São eles: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários da saúde, fomento das grupalidades, coletivos e redes, construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Os dispositivos funcionam de forma a produzir saúde, promovendo os princípios, o método e as diretrizes através da promoção de mudanças nos modelos de produção de atenção e gestão, tais como: grupo de trabalho de humanização,

colegiado gestor, contrato de gestão, sistema de escuta qualificada, visita aberta e direito a acompanhante, saúde do trabalhador, equipe transdisciplinar e de apoio matricial, ambiência, acolhimento com classificação de risco, acolhimento nas práticas de produção de saúde, clínica ampliada e projeto terapêutico singular, memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Todos os dispositivos da PNH sugerem formas de caminhar em busca da integralidade das ações nos diversos níveis de assistência hospitalar. Porém a clínica ampliada (equipe transdisciplinar e de apoio matricial, projeto terapêutico singular) possibilita aos profissionais a fuga ao modelo hegemônico da saúde, que remete ao compromisso ético com a pessoa humana (paciente), visto de modo singular. É ferramenta de inclusão social na medida em que o indivíduo enfermo é percebido em sua diversidade e particularidades, ampliando possibilidades de cuidados, que não o reduz a uma patologia ou a um órgão doente.

A humanização requer dos profissionais da saúde um novo olhar sensível sobre o paciente, promovendo no cotidiano do processo de trabalho a singularidade da pessoa além do patológico. O reconhecimento de que cada pessoa singular possui necessidades intrínsecas requer condutas diferentes. Agir contrariamente a esses preceitos seria desumanização. É importante infligir a todos sem atentar para as diferenças individuais e culturais a mesma conduta e tratamento.

Então, Barros e Pereira (2006) afirmam no campo das políticas públicas que humanização é a transformação dos modelos de atenção e gestão nos serviços de saúde, sinalizando para a urgência da construção de novas relações de trabalho entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde, considerando o humano em sua singularidade.

Caprara (2003, p. 927) corrobora a afirmação acima expondo que cada ser humano reflete subjetividades e vivencia tais subjetividades. Daí ser necessário possibilitar aos profissionais a análise do paciente de forma global, pois “cada paciente vive a doença de forma diferente”.

Yépez e Morais (2004) inferem que a comunicação profissional/paciente é insatisfatória, pois está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional, e não, também, o paciente que sabe a respeito do seu estado de saúde, desconsiderando, assim, o diálogo, a interação e as subjetividades.

Uma perspectiva que deve ser discutida é o processo de trabalho dos profissionais da saúde. Os autores anteriormente citados introduzem a questão da

falta de disponibilidade, ocasionada pela limitação de tempo, que enfrentam pela sobrecarga de trabalho, cansaço de ter de conciliar outros vínculos empregatícios, a falta de preparo para uma escuta qualificada e diálogo. Este último, quando ocorre, é impregnado de termos técnico-científicos que dificultam a compreensão do paciente. Tais aspectos geram insatisfações em ambos.

Esse reconhecimento, para Campos (2005), implica mudanças das estruturas e das pessoas, pois é impossível haver humanização sem democratização das relações. O trabalho em saúde se humaniza quando defende a vida em toda a sua plenitude.

Este é, portanto, um grande desafio: olhar o paciente como um ser único, diferente, com necessidades bio-psico-sociais construídas por suas subjetividades, as quais precisam ser apreendidas e incorporadas ao processo do cuidar.

3.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO HUMANIZADO

O cuidar é a base da Enfermagem, enquanto ciência em construção. Para que o cuidado seja eficaz, faz-se necessário sua congruência com as necessidades biopsicosócioespíritual do paciente, atendendo a uma perspectiva global, humanizada, pautada na inclusão das subjetividades.

Estar no campo da atenção à saúde, não importando a instância, requer do profissional compromisso permanente com novas práticas e proposições que contemplem questões cruciais do cuidado humanizado.

O cuidado é uma ação universal e essencialmente importante à sobrevivência da raça humana. Desde o nascimento, todos estão envolvidos no processo do cuidar, ora sendo cuidado, ora cuidando.

Segundo Caccavo (1997, p.23), “o enfermeiro estabelece um contato obrigatório com seu objeto de trabalho: o cuidado do cliente”.

Há controvérsias entre diversos pesquisadores sobre o verdadeiro objeto da enfermagem, mas aqui neste trabalho houve o cuidado, com a base fundamental e central do seu fazer. O pilar para a execução das ações do enfermeiro, na sua prática diária, são as ações preventivas, educativas, curativas e de reabilitação.

O cuidado envolve compromisso, respeito, responsabilidade e interação com o outro. Interação compreende movimento contínuo, relacional com o outro e ocorre na medida em que há uma compreensão mínima desse outro.

Waldow (2001, p. 149), definindo cuidado, comenta que:

cuidar é um processo interativo, entre cuidadora e ser cuidado, em que a primeira tem um papel mais ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidar. O segundo, ser cuidado, tem um papel mais passivo, pela sua condição, mas pode contribuir no cuidado, ao desempenhar um papel de menos passível e ser responsável pelo próprio cuidado em situações de educação para a saúde.

O cuidado é mais expressivo e eficaz ao tratamento do outro, quando se leva em conta a dimensão interpessoal. Isso é a humanização do cuidado: a legitimidade do outro, resgatando no sujeito a sua condição humana, através da compreensão, da interação com o outro e o reconhecimento respeitoso de que somos seres singulares.

Waldow (2006, p. 8) infere que “humanizar responde pela convivibilidade, pela solidariedade, irmandade, pelo amor e pelo respeito. Logo, humanizar corresponde a cuidado”. Este envolve a legitimidade: reconhecer no outro um ser possuidor de crenças, valores e necessidades diferentes, únicas. Cada ser humano traz em si uma bagagem rica em significados complexos que fazem parte de sua cultura.

Esses significados não podem ser desprezados, pois pode ocorrer o não cuidado, incorrendo no erro de submeter o paciente a uma assistência não eficaz, trazendo conflitos, ansiedade e estresse, durante sua permanência no hospital.

Para que haja essa interação do enfermeiro com o outro ser, o profissional deverá estar disposto a entrelaçar os conhecimentos das ciências com as humanidades.

Um dos princípios do SUS versa sobre a integralidade da assistência, incutindo o cuidar, nos mais diversos segmentos de assistência em saúde, de forma coletiva ou individual, respeitando as singularidades culturais, sociais e econômicas.

Isto significa dizer que o cuidar transcende a patologia e possui implicações de ordem social, ambiental, cultural. Nessa perspectiva, é imprescindível que o

enfermeiro desenvolva certas competências, tais como: despir-se de pré-julgamentos, ter uma escuta qualificada e estar aberto ao novo, ao desconhecido, facilitando a relação cuidador/ser-cuidado.

As práticas assistenciais, hoje, devem apontar para uma concepção de saúde que não se reduza à ausência de doença, mas se estenda à vida com qualidade, daí ser imprescindível aos profissionais de saúde romper com o modelo hegemônico, centrado na cura.

Humanizar, segundo o entendimento da PNH, é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores e inclui valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

A insatisfação com o modelo hegemônico da saúde concorre para empreender a busca de novos modelos assistenciais, que vislumbrem o cuidado humanizado prestado ao paciente.

Essa necessidade pode ser guiada pelo uso das teorias de Enfermagem. Horta (1975, p.8) conceitua teorias de Enfermagem como “conjunto relativamente organizado de idéias, conceitos e princípios que fundamentam uma atividade, e que determina uma prática”.

Para Horta (1975), existe o ser-enfermeiro possuidor de uma bagagem de subjetividades; o ser-paciente, também possuidor de uma bagagem de subjetividades. A diferença se faz pelo conhecimento técnico e científico do enfermeiro, sancionado por leis que lhe outorga o direito a cuidar de pessoas. O terceiro ser, a enfermagem, surge através da interação do ser-enfermeiro com o ser paciente. Essa interação é rica em subjetividades, e tem a finalidade de assistir as necessidades humanas básicas, em todas as fases do ciclo vital do ser-paciente.

É através da busca por respostas às necessidades humanas afetadas do ser-paciente, que o ser-enfermeiro supera o mecanicismo, e suas ações firmam os conhecimentos próprios da Enfermagem, favorecendo uma assistência humanizada.

Horta (1975) fundamenta-se na lei do equilíbrio, em que o universo está constantemente buscando o equilíbrio entre os seres; na lei da adaptação, os seres interagem entre si e com seu meio, em busca do equilíbrio e na lei do holismo, onde o universo é um todo indivisível, constituído por muito mais que as somas das partes. Sob esses pilares define, Enfermagem como

[...] a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. (HORTA, 1975, p. 29).

Essa definição de Horta (1975) ressalta o cuidado humanizado, a construção da cidadania, o respeito à individualidade, através do conhecimento científico interdisciplinar. Está intrínseco que essa teoria enfatiza a construção de um ambiente onde o enfermeiro e o paciente são sujeitos ativos, transformando a si e a sua realidade. As proposições dessa teoria corroboram o fomento das subjetividades, que é o fundamento no cuidado humanizado:

A ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada.

A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.

Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado. (HORTA, 1975, p.31).

Muitas teorias de enfermagem cumprem a finalidade da proposta do HumanizaSUS: oferecer um diálogo entre a equipe multiprofissional, paciente e familiares, nos diversos níveis de assistência, através de uma rede de trabalho estabelecendo vínculos de compromisso, responsabilidade e protagonismo, favorecendo as singularidades.

As teorias de enfermagem possibilitam ao enfermeiro desenvolver e aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, evidenciar sua prática profissional e proporcionar uma assistência sistematizada. Possibilitam ainda, reforçar os conhecimentos da Enfermagem, pela testagem e validação de uma ou mais teorias, contribuindo com um corpo próprio de conhecimentos científicos, específicos da Enfermagem (GEORGE, 1993; McWEN; WILLS, 2009).

Boff (1999, p. 91) afirma que, sem cuidados, deixamos de ser humanos, e define cuidado como: “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato.”

Gargiulo (2007) infere que o cuidado é inerente ao ser humano e está presente em toda a nossa vida, fortalecendo sentimentos e preservando a relação co cuidador com o ser cuidado.

Sendo a Enfermagem a ciência da arte do cuidar dos seres humanos acometidos por uma moléstia, é importante que essa ação esteja impregnada da intenção de como ajudar o outro. Para o profissional de enfermagem, cuidar precisa estabelecer uma relação fundamentada na afetividade e no diálogo, privilegiando a condição humana.

A blurred background image showing a hand holding a pen over a notebook, suggesting the act of writing. The image is out of focus, with the hand and pen being the central elements.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Uma palavra escrita é a mais fina das relíquias.

(Henry David Thoreau)

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivos observar, registrar, analisar e correlacionar atos ou fenômenos sem os manipular.

Para Cervo, Bervian e Silva (2006, p. 61), esse tipo de pesquisa desenvolve-se nas ciências humanas e sociais, abordando dados e problemas a serem estudados, porém seu registro não consta em documentos. As informações do fenômeno ocorrem *in natura*, necessitando ser coletada na própria realidade, registrada e analisada sistematicamente.

Procura descobrir, com a melhor exatidão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e seu atrelamento com outros, como também sua natureza e características (MARCONI; LAKATOS, 2003; RAMPAZZO, 2002).

A terminologia estudo de caso, segundo Barros e Lehfeld (2001), surge na pesquisa médica e psicológica, como uma forma de análise aprofundada de um caso individual de certa patologia. Nas ciências sociais, caracteriza-se como uma metodologia de estudo voltada para a coleta de informações, sobre um ou vários casos particularizados.

O estudo de caso não está direcionado a se obter generalizações do estudo. Essa metodologia é utilizada ao se examinar acontecimentos contemporâneos quando não se podem manipular comportamentos relevantes. Como uma estratégia de investigação, representa uma maneira de se investigar um tópico empírico, seguindo-se de um conjunto de procedimentos especializados (YIN, 2001).

Referindo-se à pesquisa qualitativa, Minayo (1999, p. 21) infere que:

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Através dessa metodologia, não se quantifica o objeto, mas se colhem particularidades e interpretações individuais ou de grupos, sendo útil na busca do entendimento do fenômeno tal qual ocorre em determinada situação e/ou ambiente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi efetivado no Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, inserido no Sistema Único de Saúde, pela Lei Orgânica nº 8.080/90. De referência, terciária, localizado no Distrito Sanitário Leste, no Município de Natal.

Foi certificado, em 2004 e 2008, como hospital de ensino pelo Ministério da Saúde/Ministério da Educação (BRASIL, 2004).

O HUOL é um hospital público de médio porte, possui capacidade total para 199 leitos, em diversas especialidades médicas.

Faz parte de o chamado Complexo Hospitalar da UFRN, que compreende a HUAB – Hospital Universitário Ana Bezerra, de assistência materna e infantil; a MEJC, Maternidade Escola Januário Cicco, de assistência a gestantes de alto risco; o HOSPED, Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira, de assistência pediátrica.

Todos são integrantes do SUS, contam com unidades de internação clínica, internação cirúrgica e atendimento ambulatorial. Apresenta força de trabalho com 1.196 servidores, sendo que 642 são do quadro efetivo da UFRN e 454 são terceirizados. O HUOL desponta no Rio Grande do Norte como o hospital público mais bem aparelhado, realizando por ano cinco mil internações, seis mil cirurgias e 1.330 consultas ambulatoriais. Recebe 848 alunos dos diversos cursos de graduação da área da saúde.

Considerado a maior sala de aula em assistência de alta complexidade da UFRN, recebe alunos da graduação e pós-graduação em estágios curriculares e extracurriculares. Iniciou a residência multiprofissional em 2010.

Os pacientes são procedentes de outras instituições públicas, ou referenciados por unidades básicas de saúde, através da central de marcação de consultas.

A Diretoria de Enfermagem do HUOL conta, em seu quadro de pessoal, com o quantitativo de 469 servidores, sendo 66 enfermeiros e 403 técnicos em enfermagem.

4.3 PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa são enfermeiros dos setores de internação da clínica médica, clínica cirúrgica, setor de transplante e UTI, dos três turnos de trabalho. Esta pesquisa envolveu um grupo de 20 enfermeiros.

A escolha desses profissionais prendeu-se ao fato de serem os principais responsáveis pela assistência de enfermagem e demonstrarem preocupação com os registros no prontuário do paciente, como parte de sua função de educador. No processo de educação em saúde, o enfermeiro é fundamental na transformação das realidades, buscando novos caminhos para o alcance da excelência das práticas assistenciais.

Vale ressaltar que todos os enfermeiros se enquadrariam como participantes da pesquisa, mas durante a coleta de dados houve saturação das respostas, o que apontou vinte informantes como número suficiente para os propósitos da presente investigação.

Por conseguinte, o grupo de participantes foi definido pela saturação das informações coletadas, tomando como base as falas significantes e que estejam adequadas ao fenômeno (MINAYO, 1999; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os autores defendem que a escolha do participante para a investigação deverá estar adequada ao alcance do fenômeno, e esse momento envolve certa interação e conhecimento prévio, sem a preocupação com o critério numérico de quantificar o número de participantes. Deve ter a preocupação em captar o fenômeno tal qual ocorre, privilegiando os sujeitos sociais que trarão respostas mais fidedignas.

A disponibilidade em participar da pesquisa foi outro aspecto levado em consideração, no caso, todos os enfermeiros demonstraram esse interesse.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo enfermeiros que pertencem ao quadro de enfermagem do HUOL e prestam assistência aos pacientes sendo excluídos aqueles que se encontravam de férias, licença médica ou qualquer outro tipo de afastamento na ocasião da entrevista.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Seguindo os preceitos éticos da pesquisa científica, os dados foram coletados após apreciação, aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes-CEP/HUOL, sob o Protocolo - nº 422/10.

Os profissionais que compuseram o grupo de participantes da investigação tiveram seus direitos preservados durante e após o desenvolvimento deste estudo, visando manter sua privacidade e seu anonimato, em acordo com as normas éticas e de sigilo, preconizados pela Resolução nº196/96: “Normas em pesquisa em saúde envolvendo seres humanos” (BRASIL, 1996).

Os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estava explícito de forma clara a metodologia a ser desenvolvida para a realização dessa pesquisa bem como os objetivos. Além disso, foram esclarecidos os procedimentos, possíveis riscos, desconfortos e benefícios e o compromisso em apresentar os resultados à comunidade hospitalar do HUOL.

4.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento desta pesquisa foi composto por uma entrevista semiestruturada, áudio gravado, com um roteiro de perguntas abertas aplicadas aos participantes deste estudo, elaboradas com a finalidade de permitir a livre manifestação.

Cervo, Bervian e Silva (2006) afirmam que a entrevista não é tão somente uma simples conversação. Ela deve estar sempre orientada para um objetivo primordial ao estudo: recolher dados primários para compreensão do fenômeno a ser investigado.

A entrevista permite ir além da coleta de dados, já que oportuniza a observação de algumas subjetividades do entrevistado, o que poderá enriquecer os dados coletados (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2006; GIL, 2008).

O entrevistador não poderá confiar demasiadamente em sua memória. Para isso, é importante o uso do gravador, com a permissão do entrevistado, e anotar as informações coletadas o mais breve possível para que não se percam as minúcias dos relatos.

Minayo (1999) considera a entrevista como um tipo de observação participante, em que o pesquisador, durante a interação, coleta fatos diversos, ideias, crenças, formas de pensar, de agir, emoções diversas, comportamentos, condutas conscientes e inconscientes.

Antes de se processar a coleta do material empírico, foi mantido contato com cada enfermeiro, com a finalidade de verificar a possibilidade de participação na pesquisa e de agendar um momento para a entrevista, sem que houvesse prejuízos ao serviço e ao profissional. Todas as entrevistas aconteceram no HUOL.

4.7 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE INFORMAÇÕES

Após autorização pelo Comitê de Ética, as entrevistas foram realizadas, pelo próprio pesquisador, no ambiente de trabalho dos profissionais, mediante agendamento e disponibilidade. Para isso, obteve-se a autorização do Diretor-Geral

do HUOL e da Diretora de Enfermagem. Houve, anteriormente, duas entrevistas, com dois enfermeiros, visando identificar inadequações dos termos e a necessidade de inclusão de outras perguntas. Essas duas entrevistas não foram incluídas na pesquisa, visto que constaram do pré-teste.

4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a análise do material empírico coletado na entrevista, procedeu-se a uma aproximação com a análise de conteúdo proposta por Minayo (1999), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, que pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação.

Esse método permite apreender a realidade através do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

A partir da leitura e análise fidedigna das falas dos entrevistados e da observação, procurou-se desvendar o conteúdo manifesto e o latente, implícito nas falas, com o intuito de compreender o objeto de estudo em uma dimensão dinâmica e reflexiva, acerca dos registros de enfermagem vivenciada no cotidiano pela equipe de enfermagem à luz do cuidado humanizado.

Segundo Minayo (2004), a operacionalização da análise temática abrange três etapas:

1) *Pré-Análise*: são determinados, nessa fase, as unidades de registro – palavras-chave ou frases, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, levando-se em conta a questão central e objetiva da pesquisa;

2) *Exploração do Material*: consiste na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido. Procede-se ao recorte do texto em unidades de registro e é feita a classificação e agregação dos dados;

3) *Tratamento dos Resultados Obtidos*: ocorre a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

Com a análise temática, foram identificados os significados dos temas que emergiram a partir das entrevistas com os enfermeiros. Assim, essa técnica se mostrou apropriada uma vez que norteou o processo de captação das informações relevantes, que foram agrupadas e associadas com cada unidade-tema.

Após a leitura cuidadosa de todo o material, foi construída uma grelha de análise possibilitando o surgimento de quatro categorias, assim, nominadas:

1º tema: Lendo e aprendendo com o que se registra.

2º tema: Os registros de enfermagem e a qualidade da assistência.

3º tema: A essência dos registros de enfermagem.

4º tema: Intenção e gesto sobre o registro dos aspectos subjetivos do paciente.

Categorias	Lendo e aprendendo com o que se registra	Os registros de enfermagem e a qualidade da assistência	A essência dos registros de enfermagem	Intenção e gesto sobre o registro dos aspectos subjetivos do paciente.
Participantes				
Abacate				
Acerola				
Caju				
Carambola				
Siriguela				
Cajá				
Umbu				
Pitanga				
Jenipapo				
Jaboticaba				
Pequi				
Mangaba				
Maracujá				
Tamarindo				
Sapoti				
Pitomba				
Cacau				
Coco				
Juá				
Graviola				

Quadro 1: Grelha de Análise do discurso dos participantes da pesquisa.

Fonte: A autora (2010).

No primeiro tema, sob o título Lendo e aprendendo com o que se registra, constata-se a importância que o enfermeiro atribui à leitura do registro feito pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente e o que se apreende desse registro para a continuidade dos cuidados.

O segundo tema – Os registros de enfermagem e a qualidade da assistência – foram destacados esses registros como um dos fatores de mensuração da qualidade da assistência prestada aos pacientes e instrumento de comunicação multiprofissional.

O terceiro tema – A essência dos registros de enfermagem – focaliza o que consta nos registros e o que se valoriza nesses registros.

Por fim, o quarto tema, intitulado Intenção e gesto sobre o registro dos aspectos subjetivos do paciente, permite a visualização entre o pensar e o fazer na prática do enfermeiro, acerca do registro no prontuário, no que diz respeito aos cuidados subjetivos.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Todo jardim começa com uma história de amor, antes que qualquer árvore seja plantada ou um lago construído é preciso que eles tenham nascido dentro da alma. Quem não planta jardim por dentro, não planta jardins por fora e nem passeia por eles.

(Rubem Alves)

5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O respeito à individualidade e à privacidade dos participantes foram assegurados, assim como o sigilo dos nomes e dados que poderiam revelar suas identidades. Para manter o anonimato, os referidos participantes foram identificados com nomes de frutas, de árvores frutíferas do Nordeste do Brasil, por se tratar de um estudo de caso realizado em uma instituição do Nordeste.

As árvores são imprescindíveis à manutenção da vida; no nosso ecossistema, é de extrema importância para a sobrevivência humana no planeta Terra. O homem encontra nas árvores os mais variados produtos para a sua sobrevivência, considerando que, praticamente, todas as suas partes, como: tronco, raiz, folha, flor e fruto possibilitam utilidades diversas. Então, nesta pesquisa, procurou-se fazer uma analogia entre enfermeiros e árvores, como forma de saudar as árvores brasileiras, especificamente as da região Nordeste, que, por sinal, são muitas, considerando que o Brasil possui grande diversidade biológica.

O enfermeiro foi comparado a uma árvore frutífera, que produz frutos e tem a capacidade de renovação.

Os frutos foram comparados ao processo educativo no qual o enfermeiro está sempre envolvido com a equipe de enfermagem e multidisciplinar.

A capacidade de renovar foi comparada ao conhecimento do enfermeiro, que, com sua prática, fortalece o saber da enfermagem.

- Abacate

Nome popular: Abacate.

Nome científico: *Persea americana*.

Enfermeiro, 41 anos, graduado pela UFRN, com 16 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeiro assistencial da clínica médica. Carga horária diurna.

- Acerola

Nome popular: Acerola.

Nome científico: *Malpighia glabra*.

Enfermeira, 42 anos, graduada pela UFRN, com 18 anos de atuação na área, trabalha há 6 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária diurna.

- Caju

Nome popular: Caju.

Nome científico: *Anacardium occidentale*.

Enfermeiro, 36 anos, graduado pela UFPB, com 09 anos de atuação na área, trabalha há 03 anos no HUOL, atualmente é enfermeiro assistencial da clínica médica. Carga horária diurna.

- Carambola

Nome popular: Carambola.

Nome científico: *Averhoa carambola*.

Enfermeira, 44 anos, graduada pela UFPB, com 23 anos de atuação na área, trabalha há 08 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária diurna.

- Siriguela

Nome popular: Siriguela

Nome científico: *Spondias purpúrea*

Enfermeira, 42 anos, graduada pela UFRN, com 15 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária diurna.

- Cajá

Nome popular: Cajá

Nome científico: *Spondias lutea*

Enfermeira, 28 anos, graduada pela UFRN, com 04 anos de atuação na área, trabalha há 02 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial do serviço de diálise e hemodiálise. Carga horária diurna.

- Umbu

Nome popular: Umbu.

Nome científico: *Spondias tuberosa* Arruda.

Enfermeira, 39 anos, graduada pela UFRN, com 11 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária noturna.

- Pitanga

Nome popular: Pitanga.

Nome científico: *Eugenia uniflora*.

Enfermeira, 38 anos, graduada pela UFRN, com 13 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária noturna.

- Jenipapo

Nome popular: Jenipapo.

Nome científico: *Genipa americana*.

Enfermeira, 33 anos, graduada pela UFRN, com 09 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária noturna.

- Jabuticaba

Nome popular: Jabuticabeira.

Nome científico: *Myrciaria cauliflora*

Enfermeira, 56 anos, graduada pela UFRN, com 30 anos de atuação na área, trabalha há 29 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária noturna.

- Oiti

Nome popular: Oiti.

Nome científico: *Licania tomentosa*

Enfermeira, 28 anos, graduada pela UFRN, com 06 anos de atuação na área, trabalha há 04 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da UTI. Carga horária diurna.

- Mangaba

Nome popular: Mangaba.

Nome científico: *Hancornia speciosa*.

Enfermeira, 36 anos, graduada pela UFRN, com 14 anos de atuação na área, trabalha há 08 anos no HUOL, atualmente é enfermeira coordenadora da UTI. Carga horária diurna.

- Maracujá

Nome popular: Maracujá.

Nome científico: *Passiflora SP*.

Enfermeira, 53 anos, graduada pela UFRN, com 29 anos de atuação na área, trabalha há 27 anos no HUOL, atualmente é enfermeira coordenadora da clínica cirúrgica. Carga horária diurna.

- Tamarindo

Nome popular: Tamarindo.

Nome científico: *Tamarindus indica*.

Enfermeira, 53 anos, graduada pela UFRN, com 28 anos de atuação na área, trabalha há 28 anos no Huol, atualmente é enfermeira assistencial da clínica cirúrgica e serviço de hemodiálise. Carga horária diurna.

- Sapoti

Nome popular: Sapoti.

Nome científico: *Achras zapota*.

Enfermeira, 47 anos, graduada pela UFRN, com 20 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica médica. Carga horária noturna.

- Pitomba

Nome popular: Pitomba.

Nome científico: *Talisia sp.*

Enfermeiro, 62 anos, graduado pela UFRN, com 32 anos de atuação na área, trabalha há 32 anos no HUOL, atualmente é enfermeiro assistencial da clínica cirúrgica. Carga horária diurna.

- Cacau

Nome popular: Cacau.

Nome científico: *Theobroma caçõo*.

Enfermeira, 33 anos, graduada pela UFRN, com 08 anos de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica cirúrgica. Carga horária noturna.

- Coco

Nome popular: Coco.

Nome científico: *cocos nucifera*.

Enfermeira, 44 anos, graduada pela UFRN, com 20 anos de atuação na área, trabalha há 06 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da UTI. Carga horária diurna.

- Juá

Nome popular: Juá.

Nome científico: *Zizyphus joazeiro*.

Enfermeira, 44 anos, graduada pela UFRN, com 21 anos de atuação na área, trabalha há 05 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica cirúrgica/neurologia. Carga horária diurna.

- Graviola

Nome popular: Graviola.

Nome científico: *Anona muricata*.

Enfermeira, 45 anos, graduado pela UFAM, com 22 de atuação na área, trabalha há 07 anos no HUOL, atualmente é enfermeira assistencial da clínica cirúrgica/neurologia. Carga horária diurna.



TECENDO O SABER

*“Somos o que repetidamente fazemos: a excelência, portanto, não é um
feito, mas um hábito.”*

(Aristóteles)

6 TECENDO O SABER

Neste espaço, consta a essência de nossa investigação distribuída em quatro categorias que, mesmo expressando alguma independência, no seu campo específico, se entrecruzam e mantêm entre si uma interlocução. Foram discutidas as principais dificuldades e sugestões apresentadas pelos participantes em relação aos registros.

6.1 LENDO E APRENDENDO COM O QUE SE REGISTRA

A comunicação representa uma forma de troca de informação e compreensão entre pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. Nesse caso, aborda-se uma comunicação relacionada diretamente à equipe multiprofissional que faz uso do prontuário do paciente, no hospital.

A compreensão da importância do registro de enfermagem no prontuário do paciente pelos enfermeiros facilita o desempenho de suas funções favorecendo, principalmente, o relacionamento multiprofissional através da troca de informações registradas.

Kruse (2004) afirma que, na pessoa enferma, deve-se conhecer minuciosamente particularidades da enfermidade, sinais e sintomas e, tais individualizações são fixadas através dos registros hospitalares.

Eu tenho o hábito de fazer sempre uma leitura pelo menos das 12 horas ou 24 horas anterior. Normalmente como meus plantões são todos os dias à tarde e alguns finais de semana, então eu costumo ler a noite que se passou depois da saída do meu plantão e a manhã antes de eu chegar. Então eu tenho o hábito de fazer essa leitura. Confesso que é uma leitura bem rápida, eu não me detenho muito nos detalhes, eu vou passando assim uma vista grossa, como a gente costuma falar, em coisas mais importantes, assim. (OIT)

Pelas entrevistas realizadas, de modo geral, todos os enfermeiros leem os registros de enfermagem antes de iniciar suas atividades laborais, com exceção de

apenas um participante que informou não ler. Assim, os enfermeiros reconhecem o registro de enfermagem como instrumento de comunicação.

Dobro et al (1998), considerando o enfermeiro conhecedor da importância da comunicação em seu processo de trabalho, infere que, nos hospitais, o registro, enquanto troca de informações, é um facilitador da assistência, pois as necessidades dos pacientes serão mais facilmente observadas, compreendidas e atendidas se for do conhecimento de todos os profissionais implicados no processo de cuidar.

Os registros são lidos, na maioria das vezes, no início de cada turno, pelos enfermeiros a fim de tomar ciência dos fatos ocorridos com os pacientes e, dessa forma, garantir a continuidade da assistência, favorecendo a prática do princípio da integralidade. Assim, possibilita ao enfermeiro o planejamento de suas atividades, como se observa na fala de *Jenipapo*:

Então, no meu horário de trabalho, para saber como foi o comportamento dele durante todo o turno: manhã e tarde. Pra que eu possa planejar o que eu posso fazer com esse paciente durante a noite. Pra melhorar a assistência à noite. (JENIPAPO)

Em alguns casos, o enfermeiro prioriza a assistência e lê, apenas, os registros dos pacientes mais graves, como no relato a seguir:

Geralmente eu consigo ler os dos pacientes que estão mais comprometidos. (UMBÚ)

O registro da assistência permite o conhecimento e a compreensão um pouco mais abrangente do processo saúde/doença, facilitando a socialização das informações, possibilitando o acompanhamento do paciente de uma forma ampliada e diferenciada, que expressa, segundo Conill (2004), o caráter da continuidade da assistência hospitalar reverberada pela integralidade.

É um instrumento de comunicação muito importante, tanto a do técnico como a evolução médica eu gosto de ler, a evolução dos outros profissionais, porque às vezes

you do not have knowledge of a detail of any other professional, and that is highly relevant for you to define your practice. (MANGABA).

Fávero, Trevizan e Mendes (1980) verificaram que é baixo o índice de anotação dos cuidados de enfermagem pelo enfermeiro no prontuário, sendo ausente em muitas situações. Esse é o motivo pelo qual *Jaboticaba* não lê os registros anteriores.

Confirmando resultados encontrados pelos autores supracitados, Santos (2003), analisando um levantamento realizado em prontuários hospitalares, constatou que, apenas, 0,5% dos registros nos prontuários correspondiam aos enfermeiros.

Normally I do not usually [...] because it is difficult for the nurse to write in the chart [...] Some register, but the rest, the majority do not register. (Jaboticaba).

Matsuda, Carvalho e Évora (2007) realizaram um estudo e constataram que muitos profissionais da enfermagem registram por obrigatoriedade da instituição alegando que quase ninguém as lê, e se referem aos registros como mera burocracia. As autoras afirmam que a própria categoria não vê os registros como parte inerente do cuidado prestado e que não foi observado nenhum registro acerca da dimensão psicossocial e espiritual, que aqui, neste estudo, refere-se à subjetividade do paciente.

Na verdade, sabe-se que muito do que a enfermagem realiza com o paciente nem sempre recebe o devido registro, mas existe a conscientização de que é através dele que o cuidado é evidenciado, possibilitando a continuidade da assistência e a avaliação da sua qualidade.

O enfermeiro não deve só se conscientizar, como também sensibilizar sua equipe quanto à importância do registro correto e fidedigno dos pacientes enfatizando o respaldo legal e a qualidade assistencial.

Assim, à medida que essa leitura é registrada e valorizada, abrem-se possibilidades de aprendizagem não apenas no que se refere à parte técnica mas,

igualmente, aos aspectos subjetivos do paciente. Além disso, confere-se mais qualidade e humanidade a essa assistência.

6.2 OS REGISTROS DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

A qualidade da assistência de enfermagem se reflete, de alguma maneira, nos registros feitos pela equipe, pelo fato de possibilitar uma efetiva comunicação entre os profissionais e maior segurança na continuidade dos cuidados.

Possari (2005) infere que os registros de enfermagem, além de retratar a qualidade do atendimento de enfermagem, refletem o grau de preparo dos profissionais e favorecem a continuidade do trabalho, tanto nos plantões como nas diversas áreas assistenciais.

Nós prestamos uma assistência razoável, dentro das nossas condições, da nossa estrutura, e essa assistência geralmente não é posta no prontuário, não é exatamente colocada de acordo com tudo o que a gente consegue fazer. Às vezes, a gente mesmo, à noite, consegue prestar uma assistência a determinado paciente e às vezes o tempo é pouco pra colocar isso no papel, e a gente consegue colocar, mas de forma bem resumida. (UMBU).

Só registram coisas bem sucintas e simples [...]. Então eu acho muito pobre realmente a evolução de enfermagem aqui no hospital, precária [...]. Eu acho até que a assistência é boa, mas realmente falta esse registro[...]. Desinformação, por não achar importante, por não priorizar. Porque assim, não é questão de tempo. Não vejo só como questão de tempo, porque tem muitos afazeres e não registram, não. Eu acho que eles estão tão limitados, que eles não acham importante, não priorizam, eu acho que é porque eles não acham realmente importantes. (MARACUJÁ).

De acordo com esses depoimentos, há um descompasso entre os cuidados prestados ao paciente e os registros efetuados. Scochi (2003, p. 357), por exemplo, enfatiza que:

Às vezes, a qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência, mas na ausência do registro da informação é difícil fazer inferências sobre a qualidade. Não se pretende fazer a apologia da informação como solução dos problemas vividos pela rede de assistência e, tão pouco afirmar que sem informação não se pode modificar o que aí está

posto. Mas ressaltar que as informações existentes precisam ser conhecidas e analisadas, para aprimorar a qualidade da assistência.

Em outra perspectiva, refletindo acerca do depoimento que se segue observa-se que o destaque do profissional se direciona aos aspectos meramente biológicos, voltados para a patologia do paciente, sem qualquer sinalização para o que envolve sua subjetividade.

Normalmente eu observo que o enfermeiro registra, coincidentemente ou não, justamente essas coisas que eu falei que eu costumo observar mais [...] o que a gente prima como necessidades básicas, vitais, que é a parte de oxigenação, se o paciente está em máscara de Venturi, se está intubado, ou se está com algum problema pulmonar [...] questão das drogas que ele está usando, se tem drogas vasoativas, se está usando algum antibiótico específico [...] questão das necessidades nutricionais, [...] como está o aspecto da ferida, se tem presença de drenos. E a questão de eliminações fisiológicas [...] algum exame, se tem algum cuidado especial. (OITI).

Conforme se observou, a preocupação de quem registra centra-se, sobretudo, nos procedimentos técnicos, sem atentar para o vínculo intersubjetivo estabelecido entre a enfermagem e o paciente.

De conformidade com Carrijo e Oguisso (2006), referindo-se a um estudo realizado por Fávero, Trevisan e Mendes (1980), os profissionais de enfermagem limitavam-se a anotar no prontuário os cuidados que se referiam ao cumprimento das prescrições médicas, ao contrário das anotações de assistência de enfermagem, que eram quase inexistentes.

Apesar de se tratar de um estudo ocorrido na década de 1980, na atualidade, constatam-se ocorrências semelhantes no campo dos registros, materializados nos depoimentos dos nossos respondentes.

Eu acho que o nosso paciente é bem assistido, na minha visão, apesar de ser assistido, principalmente na nossa realidade que é o misto, por bolsistas, mas eles são bem cuidados. Tem até uma paciente com duzentos e quarenta e poucos dias na 12ª enfermagem, a paciente comatosa, que ela não tem uma úlcera de pressão em nenhum canto. Paciente traqueostomizada, acamada [...] então é o cuidado de enfermagem [...]. Agora os registros geralmente omitem isso, a equipe técnica não bota que a paciente tem pele íntegra, e isso é um registro importante, mas isso não é colocado. (SIRIGUELA).

Na verdade, o que se observa é que a qualidade dos registros não serve, necessariamente, de parâmetro para qualificar o tipo de assistência que está sendo prestada.

É como se fosse um padrão, não é específico do paciente, eu não consigo ver o paciente através daquela anotação. E eu acho que anotação é isso que tem que passar pro outro. Quando você ler você consegue ver, visualizar como é seu paciente. (MANÇABA).

Na prática, é comum fazer o registro de enfermagem do paciente, no prontuário, de forma mecânica, não descrevendo o que identifica o paciente em sua singularidade. A omissão de fatos importantes é prevista em nosso código de ética, sobre responsabilidades e deveres:

Art. 25 Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar.

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

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar de forma clara, objetiva e completa. (COFEN, 2007, p.3).

Para mim como pessoa e como profissional é como: o que eu fiz está ali! Está ali registrado, está ali confirmado o que eu fiz. É como se fosse o resultado do meu trabalho. E para que haja comunicação entre os outros membros da equipe. Porque a qualquer que acontecer, até uma questão legal mesmo, está ali. Estão todos amparados, principalmente se for alguma coisa que venha contra a minha assistência, a minha pessoa, está ali registrado tudo direitinho. Eu penso muito nisso. É o resultado do meu trabalho, uma comunicação para a equipe e um amparo legal. Acho que tem esses três pontos importantes. Mas no dia a dia não vejo isto. (PITANGÁ).

Nesse sentido, vale ressaltar que o registro de enfermagem, conforme a depoente, devia refletir a prática, pois, além da informação precisa sobre a condição do paciente, implica fatores éticos e legais importantes. Todos os procedimentos, sinais e sintomas e possíveis condições em que o paciente se encontrar devem ser relatados no prontuário, para que outro profissional ao ler o registro de determinado paciente consiga captar a sua realidade e intervir.

Fica evidente no depoimento de *Pitanga* e dos demais entrevistados, a consciência quanto à importância do registro dos cuidados realizados e seu entendimento sobre as implicações legais e éticas, porém, na prática, essa valorização não ocorre. O enfermeiro valoriza, teoricamente, o registro, mas, na prática, eles não têm contribuído devidamente para a produção do conhecimento científico da profissão. Desta forma, configura-se em um desafio para o corpo de enfermagem no sentido de buscar soluções, dentro de sua prática, que subsidiem mudanças importantes nesse contexto.

Nessa concepção, Deslandes (2009) infere que a comunicação interdisciplinar deve ser um norteador de novas práticas dentro do contexto da saúde, favorecendo a descoberta de modelos assistenciais pautados nas singularidades, criando uma rede comprometida com a humanização e a produção social de saúde.

Assim sendo, torna-se importante intensificar o debate acerca dos registros de enfermagem, quer no campo da assistência, quer na formação dos profissionais, propiciando uma melhor atenção à qualidade dos cuidados e maior visibilidade da prática.

6.3 A ESSÊNCIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Na atualidade, a discussão sobre a formação do enfermeiro tem enfatizado uma visão holística do cuidar, no entanto, na prática, há uma forte tendência à compartimentalização do saber, refletindo-se no fazer cotidiano dos profissionais. Os registros, da forma como vêm sendo realizados, expressam, até certo ponto, um reducionismo, por vezes minimizando aspectos que são essenciais ao tratamento e aos cuidados do paciente.

Dessa forma, o trabalho da enfermagem torna-se repetitivo, no entanto, quando incorpora as subjetividades dos elementos que o constituem, adquire novos significados e, realmente, pode se objetivar em um bem.

O que a gente observa é aquela repetição [...] que podia ser mais clara, podia conter mais informações. (SIRIGUELA).

Eu acho que podia ser melhor, eu acho que a gente podia escrever mais sobre o paciente, poderia ser melhor. E eu acho que a gente não trabalhar com sistematização eu acho que é uma grande barreira ainda, porque a sistematização ela padroniza e ela gera em você hábitos que se transformam em rotina. Como a gente não trabalha sistematizado cada um faz da sua maneira e na maioria das vezes é só um resumo muito breve do paciente. Então eu acho que quando a gente avançar na sistematização, a gente vai avançar nessa parte de anotações. (MANGÁBA).

Precisa valorizar e entender a importância do registro, a gente se detém muito às rotinas, as intercorrências e exames e fazemos de forma automática, todos fazem isso até os médicos [...]. Eles registram como se fosse uma obrigação relatar e a gente percebe uma repetição dos relatórios como se fosse uma parte obrigatória. (ACEROLA).

Para Oliveira (2003), no cotidiano, é comum fazer as ações automaticamente como se fôssemos 'robôs' programados para as atividades. E acrescenta Silva e Dias (1999), que o registro mecânico pode ser fruto da falta de valorização ou conscientização da importância do mesmo.

Palavras repetidas que não conferem a realidade do paciente muitas vezes [...]. Incompleta e que tem omissões [...]. Você pode até ter dado toda aquela assistência ao paciente, fez tudo o que tinha que fazer, mas você não registrou. Ou então você não fez e registrou. Então, não reflete, infelizmente, a realidade da assistência que é dada ao paciente. (PITANGA).

Não se deve esquecer que um aspecto importante do registro é que ele, de alguma maneira, reflete a prática e, assim sendo, implica, também, considerações éticas.

De acordo com Potter e Perry (1989 apud PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1994), os registros feitos nos prontuários dos pacientes são utilizados por todos os membros da equipe de saúde, possibilitando o ensino, a pesquisa, a realização de auditorias e a verificação de aspectos legais.

No entanto, a forma como os registros no prontuário vêm se processando não parece atender às prerrogativas para as quais se destinam. Assim, vejamos o que assinalam as falas, a seguir:

A gente vê que outros profissionais não lêem os nossos registros e a gente não lê os registros dos outros profissionais. Outros profissionais realizam procedimentos e não registram [...] Então, acaba tendo muitas falhas na comunicação multiprofissional, mas como na teoria, na prática devia ser uma coisa importante para a comunicação multiprofissional. (CAJU).

Acho muito deficientes os registros de enfermagem. Há uma necessidade muito grande de melhorar, de que seja mais completo, para se observar o estado geral do paciente, a continuidade da assistência. Que ele possa proporcionar meios para se prestar uma assistência de enfermagem melhor por todos os profissionais. (CARAMBOLA).

A partir da síntese dos depoimentos que integram essa categoria, é possível perceber a existência de profundas lacunas, no que diz respeito a uma visão holística do paciente, que contemple não somente os aspectos de cunho biológico mas, igualmente, suas subjetividades. Além disso, fica evidente que os próprios profissionais reconhecem não concederem aos registros a importância que eles merecem.

6.4 INTENÇÃO E GESTO SOBRE O REGISTRO DOS ASPECTOS SUBJETIVOS DO PACIENTE

O registro das subjetividades do paciente é um meio de avançar na ruptura da fragmentação da assistência em direção a uma atenção mais integral. Nesse sentido, o registro em prontuário, por ser instrumento de comunicação, favorece a prática da integralidade, humanizando mais a assistência.

No dizer de Bianco (2000), o enfermeiro pode - em lugar de só manipular os corpos - (ter) uma ação intersubjetiva, tornar-se um campo de presença sincero, participativo, em que a autonomia de ambas as partes é respeitada; é um poder relacional fundado na reciprocidade e que ocorre na horizontalidade.

Conforme Oliveira (2003, p.94),

A nossa linguagem deveria ser coerente com as nossas ações, mas sempre cai numa dissimulação. Esse discurso equivocado entre o modo de pensar do enfermeiro, sobre os registros de enfermagem, e o seu modo de agir produz registros inautênticos, sem significado. A partir do momento que o enfermeiro desvelar o significado do registro em sua prática diária, ele conseguirá vislumbrar a elaboração de um registro completo e sistematizado, consequentemente, um registro autêntico.

Nesse sentido, o enfermeiro deve buscar conhecimentos que tornem a sua prática, o cuidado de enfermagem, mais humano. Isso significa dizer que ele, no seu cotidiano, precisa aguçar sua sensibilidade para perceber o outro na sua totalidade e especificidades.

Nessa perspectiva, é preciso olhar e ver (razão, conhecimento), coração (empatia), olhos (comunicação) e mãos (ação) em congruência, tornando possível o gesto da arte (BIANCO, 2000).

Então o paciente a gente sabe, que quando ele está bem assistido emocionalmente, ele reage diferente às patologias. Minha especialização é em oncologia, então tem muito isso: o paciente que está aderindo ao tratamento, quando ele tem aquela auto-estima, quando ele está confiante, é diferente, até o jeito de o quimioterápico agir nele é diferente, do que um paciente que está deprimido, debilitado e sem assistência, nesse ponto. Então assim, até a quimioterapia age diferente dependendo do psicológico do paciente, então isso é fundamental, para o sucesso de qualquer tratamento. (JENIPAPO).

Eu acho muito importante, importantíssimo. Porque quando você registra você faz uma avaliação. No dia seguinte, conversando com o paciente, você vai ver se ele melhorou, aquela pouca conversa que você teve com ele, se ele melhorou, se trouxe algum benefício pra ele, é importante sim, ou até para encaminhar para os profissionais, no caso. Sinalizar o que está acontecendo [...] o que eu acho importante também não é só conversa, acreditar no paciente, no que acredita que está acontecendo, mas o toque, você tocar o paciente, segurar a sua mão, eu acho isso importante, porque além de confortá-lo, eu acredito que o paciente, além de se sentir confortável, ele sente que você também está acreditando nele [...] (MARACUJÁ).

Por outro lado, alguns profissionais referem que, mesmo conscientes da importância dos registros confessam que deixam de fazê-los, na prática, justificando sobrecarga de trabalho.

De certa maneira, a própria legislação atual, segundo Oguisso (2003), empobreceu a atividade dos registros. A autora adverte:

A legislação não especifica que a anotação é parte integrante da ação de cuidar ou que deveria fazer parte no processo de sistematização da assistência de enfermagem para documentar cronológica mente as observações sobre a evolução, as condições objetivas e subjetivas, do estado de saúde cliente/paciente e a respectiva assistência prestada. (OGUISSO, 2003, p.247).

Quando eu faço uma evolução de enfermagem ou um registro ou um relatório de enfermagem eu me observo omitindo algumas coisas que, não que não sejam importantes, mas [...] o registro a gente às vezes deixa por último, na maioria das vezes é uma coisa que a gente faz, claro, depois que examina o paciente ou que faz as atividades. Então é uma coisa que você já faz por último, já está cansado, já está perto do seu horário de sair, e às vezes você registra o essencial, o básico do básico [...] A questão de priorizar os procedimentos técnicos, realmente o fazer, fazer o curativo, passar a sonda, providenciar o material, a questão de não priorizar realmente [...] E eu percebo em mim algumas vezes e até nos colegas algumas dificuldades no próprio ato de escrever. Às vezes por uma deficiência, não lembra ou não exercitou, ou não buscou saber um exame físico mais detalhado, às vezes desconhece alguma deficiência que o paciente tem, alguma dificuldade, ou vergonha, não busca procurar saber sobre aquilo. (OTTI).

De conformidade com Oliveira (2003), não é possível justificar a nossa displicência com os registros de enfermagem, simplesmente porque não há tempo [...]. Precisamos ser profissionais e compreender que a visibilidade do cuidar está também na forma como os nossos registros se apresentam.

Além dessa afirmação, por demais significativa, uma outra dimensão do cuidar deve, também, ser ressaltada pelo fato de, na maioria das vezes, ser negligenciada. Assim pode-se observar que, embora muitos depoimentos ressaltem o apoio emocional na relação enfermeiro/paciente, quando se referem aos registros, esse aspecto não tem sido devidamente considerado em seus discursos.

Eu acho que é cultural isso aí. A gente não valoriza tanto esse lado emocional do paciente [...] a maioria das pessoas, quando eu digo a gente, generalizando [...] Tem alguns componentes da equipe multiprofissional, não só da enfermagem que valorizam, que chega, conversa, dá o apoio emocional. É até importante [...] eu gosto de orientar minha equipe pra ver a religião do paciente, procedência do paciente, pra ver se ele está muito distante da família, se não está vindo visita, então a saudade aumenta [...] o paciente fica mais deprimido por aqueles motivos. A falta do convívio da igreja, que é o núcleo dele social, muitas vezes, ou de outro ambiente espiritual que ele participe. (SIRIGUELA).

Eu acho que seria fundamental, seria uma coisa que ajudaria a gente, e até o médico, se fosse visto, a melhorar a assistência do paciente. Porque estaria sendo visto ele como um todo, então assim, não seria só a parte clínica. Todos os sistemas estão aqui, a gente está controlando, mas muitas coisas das patologias têm esse fator psicológico, é importantíssimo, que é negligenciado. (JENIAPAO).

O aspecto emocional do paciente, que quase nunca é visto. As carências desse paciente, como ele se sente naquele ambiente. Muitos pacientes desorientam muito na UTI, e você às vezes não conversa você não ouve o seu paciente. (ABACATE).

Backes, Martins e Dellazzana (2000), motivados pela busca em mudar a dinâmica do atendimento hospitalar, referem que, sem um olhar mais apurado em direção ao paciente, nada muda na relação interpessoal. E acrescenta que humanização significa tornar a experiência de estar em um ambiente hospitalar voltado ao máximo, para a pessoa humana, considerando-se valores, crenças, sentimentos, emoções e não apenas o aspecto biológico.

Sabe-se que, na realidade cotidiana, as ações se materializam. Portanto, é fundamental discutir a situação de cada paciente em sua pluralidade e singularidade para que os registros expressem, da melhor forma possível, a sua condição.

É importante lembrar que o paciente que necessita de internação hospitalar é tomado pelo medo do desconhecido, com os recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, apreensão de estar em um ambiente estranho, preocupação com sua integridade física em decorrência de sua patologia, motivo de sua internação (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

Primeiro se eu fosse paciente eu queria que alguém me escutasse. E muitas situações de desorientação do paciente, você conseguiria entender melhor. Muitas recusas a tratamento você conseguiria entender melhor. Se você conhecesse o paciente, se você entrar nessa parte emocional dele e você conhecer as carências, medo, angústia, você consegue trabalhar para que ele aceite melhor esse tratamento; ele vai ser seu parceiro no tratamento. É você transformar ele no seu parceiro, ele lhe ajudando, ele ciente da importância dele dentro do processo, porque não é só você fazer medicação, você fazer um curativo, tem muito da pessoa, de querer estar bem, de entender porque está passando aquilo. (MANÇABA).

Eu acho assim, que quando a gente tiver a sistematização a gente vai ver isso aí. Eu acho! Eu acho que é importante a sistematização pra que a gente trabalhe mais o registro. (JABUTICABA)

Conforme D'Innocenzo e Adami (2004), a Sistematização da assistência de enfermagem é um método de trabalho que permite a enfermeira organizar e coordenar melhor as atividades de enfermagem e seu registro, favorecendo o controle da qualidade da assistência. As autoras concluem que

As anotações não atendem as necessidades apresentadas pelos paciente tornando os registros de enfermagem, documentos técnicos e legais frágeis no âmbito ético e jurídico, sendo este aspecto preocupante quanto à qualidade do conteúdo se for necessário sua utilização na justiça (D'INNOCENZO; ADAMI, 2004, p.386).

Vale acrescentar que, independente da implementação da sistematização no âmbito do serviço de enfermagem, o atual Código de Ética dos Profissionais de enfermagem já adverte nos Artigos 25, 41 e 72, conforme já referidos anteriormente. (COFEN, 2007).

Em síntese, pode-se constatar, a partir das entrevistas, que existe um descompasso entre a intenção e o gesto no que diz respeito aos registros de enfermagem. Os enfermeiros se mostram conscientes quanto à importância desses registros, embora não os execute na prática. É importante salientar que, quando se referem aos aspectos que envolvem a subjetividade do paciente, reconhecem que eles não constituem objeto de seus registros.

6.5 DIFICULDADES E SUGESTÕES NA REALIZAÇÃO DOS REGISTROS

Além das categorias, seguem dois quadros destacando as dificuldades referidas pelos respondentes, em relação aos registros, bem como algumas sugestões para a melhoria dessa prática.

Falta de organização do tempo de trabalho.
Falta de valorização do registro da enfermagem por outros profissionais e pela própria enfermagem.
Escassez de recursos humanos.
Falta de conhecimento técnico.
Falta de valorização do próprio trabalho.
Falta de estímulo, vontade de fazer bem feito.

Quadro 2: Dificuldades na realização do registro de enfermagem.
Fonte: A autora (2010).

No que diz respeito ao Quadro nº2, acerca das dificuldades dos registros, outros estudos abordam questões semelhantes (OLIVEIRA, 2003; CARVALHO, 2005; REDA, 2006; CARRIJO, 2007).

Para Oliveira (2003), é difícil captar a realidade do cuidado prestado e transformá-lo em texto. Talvez por despreparo ou mesmo insegurança em expor sua interpretação, os enfermeiros continuam produzindo registros infrutíferos. Acrescenta a autora:

Quando eu anoto e assino, na verdade estou expondo as minhas habilidades, as minhas dificuldades, os meus erros, as minhas interpretações e, nesse sentido, eu me mostro para o outro. Assim, muitos profissionais fazem rabiscos, letras indecifráveis e, às vezes, nem se identificam pela assinatura. (OLIVEIRA, 2003, p.98).

Da mesma forma, Silva e Dias (1999) acreditam que a dificuldade em documentar o cuidado em sua totalidade pode estar relacionada à carência de expressão, à falta de vocabulário, de repertório pessoal que impossibilitam o registro.

Os registros estão presentes no cotidiano hospitalar, porém alguns profissionais possuem dificuldade em expor os procedimentos realizados e os fatos ocorridos de forma escrita. Muitas vezes, o profissional é consciente de que é importante se manter constantemente atualizado tecnicamente, porém não leva em consideração que a comunicação escrita desempenha um papel primordial e intrinsecamente relevante às suas atividades assistenciais diárias. Conseqüentemente, tais profissionais sentem-se desconfortáveis ao registrar, pois têm consciência de que seus registros serão lidos por outros profissionais.

Vale ressaltar que dificuldades com a escrita resultam em omissões e mal-entendidos, acarretando prejuízos ao paciente, à equipe e à instituição hospitalar.

Além desses fatores, Oliveira (2009) aponta que, mesmo reconhecendo a grande responsabilidade no cuidar das pessoas, as precárias condições de trabalho oferecidas, na maioria dos serviços, concorrem para uma assistência de enfermagem inadequada.

A sobrecarga de trabalho, ocasionada pelo déficit de recursos humanos; a falta de equipamentos e materiais adequados à realização de procedimentos e, ainda, a grande demanda burocrática, tudo isso gera o estresse diário e abre espaço para a insatisfação no processo de trabalho, além de distanciar o enfermeiro da assistência direta ao paciente. Ademais, provoca sofrimento e adoecimento no

ambiente de trabalho, o que a PNH (BRASIL, 2003), refere-se a endurecimento das relações no trabalho, que se reflete na assistência prestada e, conseqüentemente, no registro de enfermagem.

Assim posto, a PNH (BRASIL, 2003) sugere, como nova forma de produzir saúde, a necessidade de provocar, no ambiente de trabalho, rodas de conversas direcionadas ao debate do processo de trabalho e suas relações, propiciando um diálogo interativo e compreensivo, valorizando as diferentes singularidades e os valores que norteiam cada queixa.

O enfermeiro deveria registrar mais.
Implementação da sistematização da assistência de enfermagem.
Educação continuada – Capacitação e Treinamento.
Registro informatizado.
Valorizar e compreender a importância do registro de enfermagem no prontuário do paciente.
Sensibilização da equipe de enfermagem direcionada ao registro da assistência prestada
Estimular a importância dos registros na formação dos profissionais de enfermagem.
Trabalhar com o paciente dentro de uma visão holística.
Estimular o hábito da leitura do prontuário.
Oficina sobre ler e escrever.
Registro próprio para o enfermeiro no prontuário.

Quadro 3: Sugestões para melhoria dos registros de enfermagem no prontuário do paciente.
Fonte: A autora (2010).

As sugestões apresentadas pelos respondentes, no Quadro nº3, são de grande preciosidade para o trabalho da enfermagem, embora não se constituam propriamente uma novidade; assemelham-se a outras ideias de estudos aqui referidos sobre o mesmo tema.

No entanto, nesse caso, tem uma significação especial. Compreende-se que esse grupo, à medida que discute e dialoga acerca dos registros de enfermagem, sugerindo mudanças no fazer cotidiano de sua prática, assume, também, um compromisso com um novo pensar e um novo fazer, abrindo, assim, perspectivas para uma nova prática.


Oliveira e Cadette (2008) reconhecem que é preciso valorizar os registros para que eles possam representar, de fato, o cuidado prestado, mas deve ser reflexo de um cuidado humano e individualizado.

Para Carrijo (2007), um dos maiores problemas existentes na área da enfermagem refere-se à comunicação escrita, do registro que deve ser efetuado

pelos profissionais. Pode-se atribuir esse fato à carência de formação acadêmica do enfermeiro, assim como à falta de preparo do técnico e do auxiliar de enfermagem.

Embora concordando com a autora no que diz respeito a algumas lacunas existentes no ensino, na condição de enfermeira assistencial, constato, na prática, que o envolvimento com a burocracia distancia o enfermeiro do paciente e, conseqüentemente, dos registros.

Em face do exposto, pode-se inferir que isso se coloca como um desafio a ser enfrentado pelos enfermeiros, na busca da construção de um novo pensar e um novo fazer. Portanto, é imprescindível que o enfermeiro demonstre, em sua práxis, a importância e o valor do registro de enfermagem, no prontuário do paciente, tal qual se percebe em suas falas. Espera-se que esses registros possam, de fato, expressar a condição do paciente, em sua totalidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que mata um jardim é esse olhar vazio de quem por ele passa indiferente.”

(Mário Quintana)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo teve como propósito analisar a visão de enfermeiros acerca dos registros de enfermagem no prontuário, ressaltando, sobretudo, os aspectos que envolvem a subjetividade do paciente, na perspectiva do cuidado humanizado.

Podemos afirmar que o caminho percorrido, até o presente, teve muitos momentos árduos e intensamente dolorosos em que, por instantes, não se conseguia vislumbrar o fim. Mas é inegável o crescimento pessoal e profissional.

Por outro lado, também, nos proporcionou um crescimento ímpar. Foi possível conhecer um pouco mais, o pensar e o agir de muitos colegas que compartilham conosco as mesmas angústias sobre os registros de enfermagem, no prontuário do paciente. Fomos, juntos, tecendo o conhecimento compartilhando saberes, satisfações e alegrias.

Nessa trajetória, portanto, acumulamos muitas experiências a partir do contato interpessoal com os colegas de trabalho, por ocasião das entrevistas e dos próprios contatos preliminares. Apesar dos encontros diários propiciados pelo cotidiano profissional, na condição de coordenadora do serviço de educação permanente do hospital onde realizamos nosso estudo, nos surpreendemos com a própria realidade que imaginávamos conhecê-la.

O empenho e a disponibilidade do grupo, por demais sobrecarregado, em participar da pesquisa e oferecer contribuições ao estudo, nos estimulavam a caminhar e acreditar que alguma mudança seria possível. O que nos autoriza essa afirmação é o fato de apreendermos de suas falas a vontade de construir um novo fazer, mostrando a preocupação com a prática, reconhecendo, sobremaneira, que há escassez no que se refere à subjetividade do paciente, nos registros de enfermagem. Somente essa disposição, em si, já encerra motivo suficiente para uma gratificação profissional e pessoal. Compreendemos que a nossa inquietação é a inquietação de muitos dos colegas que conosco labutam, no cotidiano do hospital universitário, na tentativa de melhorar a qualidade da assistência.

Constatamos, igualmente, tratar-se de um tema, extremamente complexo, ao considerar que a comunicação através do registro de enfermagem no prontuário do paciente apesar de ser muito debatido, ainda não se configura, na prática, como

instrumento básico de comunicação interprofissional e de parâmetro para evidenciar a qualidade da assistência prestada.

Da mesma maneira, tratando-se de um meio de documentar o cuidado, os registros de enfermagem no prontuário devem atentar para o paciente em sua totalidade, e não, apenas, de forma parcial, como foi possível constatar na maioria dos depoimentos, cuja atenção priorizava a dimensão biológica. Com isso, não queremos dizer que esta não seja importante, porém insuficiente para expressar a real condição do paciente.

Partindo do pressuposto de que o enfermeiro deveria planejar suas atividades laborais baseadas nos registros anteriores, realizados por seus colegas de trabalho, os respondentes afirmam que os registros são incipientes quanto às informações necessárias à continuidade da assistência, quando não inexistentes, conforme podemos depreender de suas falas.

Essa situação gera grandes dificuldades, como por exemplo o atraso na tomada de decisões considerando que o enfermeiro terá, de alguma maneira, que buscar essas informações, seja perguntando a sua equipe, recorrendo ao livro de ordens e ocorrências, ou mesmo interrogando o paciente ou seu acompanhante/familiar. Isso se torna mais preocupante quando não há informação acerca das atitudes que envolvem a subjetividade do paciente.

Torna-se fundamental, portanto, que o enfermeiro, partindo da consciência já anunciada em suas falas, possa reorientar sua prática estimulando, em especial, sua equipe de trabalho, quanto à importância de redimensionar os registros. Isso significa dizer que, para o desenvolvimento de suas atividades profissionais, neste campo, os registros devem contemplar aspectos técnicos e humanísticos, propiciando uma assistência mais qualificada e resolutiva, pautada no cuidado humanizado, favorecendo a transformação do cenário assistencial.

Apesar do movimento em prol da humanização do cuidado, os enfermeiros, ao efetuarem seus registros confessam estar preocupados, sobretudo, com as informações de cunho meramente técnico. Apesar dessas afirmações, conseguimos apreender, de suas falas, uma preocupação com a dimensão subjetiva do paciente. Por essa razão, arriscamos dizer que aquilo que se registra não reflete, necessariamente, a atuação dos profissionais em relação aos cuidados prestados.

Entretanto, foi possível, também, apreender de suas falas que há uma intenção explícita de introduzir mudanças dentro de uma nova perspectiva do cuidar,

na qual a subjetividade do paciente possa ser devidamente considerada e registrada, sinalizando uma gradual evolução para o cuidado humanizado.

Em síntese, considerando os resultados da presente investigação, o objeto estudado e a vontade dos respondentes em introduzir mudanças em sua prática, recomendamos a realização de seminários sobre prontuário do paciente, registros de enfermagem, SAE e PNH. Além disso, é importante promover cursos periódicos de capacitação, pelo serviço de educação permanente da própria instituição, sobre os temas sugeridos acima, priorizando os registros dos cuidados de enfermagem no prontuário do paciente, considerando a clínica ampliada, que nos possibilita uma visão ampla do ser humano, em busca da integralidade, através do relato escrito de suas subjetividades.

Nessa perspectiva, apostamos na inclusão do dispositivo da clínica ampliada à sistematização da assistência de enfermagem (SAE), com a finalidade de que, ao efetivar suas etapas, esse método seja visto de maneira diferenciada, nos afastando do paradigma flexeneriano e supondo uma reorganização do trabalho em saúde na perspectiva de estabelecer vínculos e responsabilidades dando resolutividade aos problemas de saúde, vivenciados pelo paciente.

Esse arranjo estimula a descoberta e produção de formas de cuidar, ampliando o compromisso multiprofissional, especificamente, o da equipe de enfermagem, que permanece mais próxima do paciente, pela finalidade e organização do seu trabalho, incluindo novas formas de pensar, criar e fazer em enfermagem.

Acreditamos que a clínica ampliada e sistematizada pelo processo de enfermagem contribuirá para um cuidar integral retomando os princípios de humanização, norteadores das práticas em saúde na perspectiva do SUS e da PNH, suscitando uma nova consciência profissional motivada pela satisfação dos resultados obtidos, reforçando o saber da enfermagem.

Como o HUOL está construindo o prontuário eletrônico, consideramos importante que um enfermeiro componha o quadro da comissão de prontuário hospitalar para compactuar as demandas desta categoria de profissionais, na implementação do prontuário transdisciplinar.

Por fim, sugerimos a realização de rodas de conversa com a participação dos gestores, suscitando debate para a saúde do trabalhador e suas condições de trabalho, como forma de minimizar insatisfações, possibilitando o fortalecimento das

relações e a articulação entre gestão e trabalhadores de enfermagem. Confiamos que esse esforço conjunto possa trazer benefícios para a avaliação do processo e do impacto das ações, de tal forma que seja constatada a identificação de lacunas e estratégias de intervenções, que considerem o contexto em que a equipe de enfermagem do HUOL está inserida.

Esperamos, por fim, que este estudo possa contribuir tanto para o serviço quanto para a academia, reforçando os saberes próprios da enfermagem. Ademais, possibilitar novas pesquisas sobre o tema, além de suscitar nos profissionais, como um todo, reflexões acerca da incorporação das subjetividades dos pacientes nos registros, valorizando o singular, como enfatiza a Política Nacional de Humanização. Dessa forma, tudo vem ao nosso encontro, pois, caminhando com propósitos firmes e ações concretas e bem planejadas, construiremos uma nova práxis, pautada na integralidade e fazendo prevalecer o cuidado humanizado, conforme preconiza o SUS.

A blurry photograph of a hand holding a wooden stick, possibly a pencil or pen, against a light background. The image is out of focus, with the hand and stick appearing as soft, indistinct shapes. The background is a pale, uniform color.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003 / fev. 2004.
- ASSUNÇÃO, R. C. **Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola de Paraná**. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BACELAR, S; ALMEIDA, M. A; ANDRADE, G. M. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário médico do paciente. **Brasília Médica**, Brasília, v. 39, n.1-4, p. 42-51, 2002. Disponível em: <<http://www.ambr.com.br/revista/Revistas/39/42.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.
- BACKES, D. S; MARTINS, D. A; DELLAZZANA, A. R. O cuidado “além” do cuidado. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 30-42, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4893/3733>>. Acesso em: 7 out. de 2009.
- BARBOSA, D. F; LEMOS, P. C. P. A medicina na Grécia antiga. **Revista de Medicina da USP**, São Paulo, v. 86, n. 2, p. 117-9, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_98_p.117-119%20862.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.
- BARLEM, E. L. D. et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de Enfermagem: experiência em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 1041-9, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a16.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 12. ed. Petrópolis; Vozes, 2001. 127p.
- BARROS, R. D. B; PEREIRA, E. H. P. **Verbete humanização**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Observatório dos Técnicos em Saúde da Fiocruz, Apoio: MS e OPAS, Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto91.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2009.
- BASSAN, F. B; CAETANO, R. Buscando um registro mais integral do cuidado à saúde: desenvolvimento, aplicação e avaliação de um novo instrumento de registro

da consulta ambulatorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/fa5ab48b/rm_03_art_04.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2009.

BIANCO, M. H. B. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano**: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: EDUSC, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 198 p.

BOMPADRE, M. C. Historia de La medicina. **Revista de La Asociación Médica Argentina**, Buenos Aires, v. 119, n. 2, p. 29-37, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ama-med.org.ar/revistas/2006-2/historia_de_la_medicina.pdf>. Acesso em: 26 set. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Carta dos direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.378**, de 26 de outubro de 2004. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, 2004.

BUB, M. B. C. Ética e prática profissional em saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 65-74, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tcc/v14n1/a09v14n1.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

CACCAVO, P. V. A arte da enfermagem: efêmera, graciosa e perene. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 9-28, set./dez. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=014=0707&prm-iso97>. Acesso em: 20 jul. 2009.

CAIXEIRO, S. M. O; DARGAM, B; THOMPSON, G. N. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 218-23, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a13.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

CANÊTE, M. El registro de enfermería: debería hablar por si solo. **Visión Enfermería Actualizada**, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 22-30, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.adebra.org.ar/Enfermeria/registroenfermeria.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2009.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-31, jul./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2009.

CARVALHO, C. J. A. **Análise dos registros de enfermagem em unidade cirúrgica de um hospital escola**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

CARVALHO, R. S. et al. Prontuário incompleto no pronto socorro: uma barreira para a qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 218-222, jul. 2008. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4057>. Acesso em: 27 mar. 2009.

CARRIJO, A. R. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola Nightingaleana no Brasil (1959-1970)**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARRIJO, A. R; OGUISSO, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. especial, p. 454-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea12.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

CASATE, J. C; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006. 162 p.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactosna programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-23, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Resolução nº311/2007. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. Brasília: COFEN, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 24 abr. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Cartilha de Anotações de enfermagem**: aspectos éticos e legais: Plenária 2005-2008. São Paulo: COREN SP, 2008. 18 p.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, out./dez., 2004.

DOBRO, E. R. H. et al. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influência na comunicação interpessoal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n.3, p.255-261, 1998.

FÁVERO, N; TREVIZAN, M. A., MENDES, I. A. C. Atividades de assistência direto do enfermeiro e respectiva anotação. **Enfermagem Atual**, São Paulo, v. 3, n. 14, p.

14-6, 1980. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo16fin.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p.31-33, 2000.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 23. ed. São Paulo: Graal, 2005. 292 p.

FRANÇA, G.V. **Direito médico**. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx, 1978.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2009.

FREITAS, F. G. A responsabilidade ético-legal do enfermeiro. In: **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Manolo, 2007. p. 173-200.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2006.

GARGIULO, C. A et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2009.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. M. A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface: Comunicação, Saúde,**

Educação, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 773-82, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a08v1227.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2009.

GONÇALVES, V. L. M. Anotação de enfermagem. In: **Sistema de assistência de enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2008. p. 221-233.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: E. P.U, 2005. 56 p.

HORTA, W. A. Bases of a nursing science. **Enfermagem em Novas Dimensões**, São Paulo, v.1, n.3, p.105-106, 1975.

HOSSNE, W. S. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. **Revista Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 129-146, 2002.

ITO, E. E. et al. **Manual de anotação de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. 83 p.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios**: das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília: ABEn, 2004.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais: da antigüidade à idade contemporânea. **Revista Notícias Hospitalares: gestão de saúde em debate**, São Paulo, v. 37, ano 4, jun./jul. 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>>. Acesso em: 15 set. 2009.

LOURENÇO, M. R. et al. Análise de conteúdo dos registros da equipe de enfermagem. **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.8, maio 2002.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

MARTINS, L. M. M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: EDUNISC, 2004. p. 31-50.

MASSAD, E; MARIN, H. F; AZEVEDO NETO, R. S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Núcleo

de informática em Enfermagem USP, 2003. 213 p. Disponível em: <<http://www.med.fm.usp.br/dim/livrosdim/prontuario.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

MATSUDA, L. M; CARVALHO, A. R. S; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 337-46, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5307/3380>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2009.

McWEN, M; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MUSSI, F. C. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 113-22, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/480.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2009.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989. 174 p.

NOVAES, H. M. D. A evolução do registro médico In: **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Disciplina de Informática médica da USP, Núcleo de informática em enfermagem USP, 2003. Disponível em: <<http://www.med.fm.usp.br/dim/livrosdim/prontuario.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

OCHOA-VIGO, K. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 390-8, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009

OCHOA-VIGO, K. **Análise retrospectiva das anotações de enfermagem em três contextos da assistência ao paciente.** 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OGUISSO, T. Dimensões ético-legais das anotações de Enfermagem no prontuário do paciente. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 245-54, 2003.

OLIVEIRA, V. C. **Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: um estudo compreensivo.** Belo Horizonte: UFMG, 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

OLIVEIRA, J. **Análise da contribuição de estagiários remunerados na força de trabalho em enfermagem.** 195 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2009.

OLIVEIRA, V. C; CADETTE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 301-6, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009. - A

ORIÁ, M. O. B; MORAES, L. M. P; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética.** 4. ed. São Paulo: Loyola, 1994.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem.** São Paulo: Iátria, 2005.

RAMPAZZO, L. **Metodologia de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002. 144 p.

REDA, E. **Instrumento de registro utilizado na avaliação em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência ao**

paciente cirúrgico. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

ROQUE, K. E; MELO, E. C. P; TONINI, T. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 409-16, set. 2007. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2007_vol11/2007_vol11n03SETEMBRO.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2009.

SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 355-7, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/469.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

SANTOS, R. M. B. Projeto **Qualidade Integral em Saúde (QUALIS)**: relato de uma experiência (abril de 1996 a junho de 1999). 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTOS, J. L. F; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a07.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2009.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Pará, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 356-367, jul./set. 1994.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Pará, Brasil), 1991: exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.356-367. jul./set . 2003.

SILVA, F. G; TAVARES NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 113-126, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

SILVA, M. J. P; DIAS, D. C. O registro da prática da enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. **Nursing**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 21-26, abr.1999.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993. 200 p.

STEIN BACKES, D. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora. 245 p. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TAVARES, J. L.; RODRIGUES, A. R. F.; SCATENA, M. C. M. Interação terapêutica enfermeiro: paciente deprimido. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, p 101-8, 1998.

TEIXEIRA, G. G.; CHANES, M. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n.2, p. 270-273, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Hospital Universitário Onofre Lopes. Diretoria de Enfermagem. **Relatório semestral 2009**. Rio Grande do Norte, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Hospital Universitário Onofre Lopes. Serviço de planejamento hospitalar e estatístico. **Relatório semestral de 2009**. Rio Grande do Norte, 2009.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

VENTURINI, D. A; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 570-5, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a07v61n5.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

VITURE, D. W; MATSUDA, L. M. Os registros de Enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, São Paulo, v. 7, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/hursing/article/viewarticle/j.1676-4285.2008.1241/295>>. Acesso em: 6 abr. 2009.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. 202 p.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 190 p.

YÉPEZ, M. T; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-8, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/22.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

A blurry photograph showing a hand holding a wooden stick, possibly a pestle, over a bowl of food. The background is a light-colored wall with a subtle pattern. The overall image is out of focus.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Anuência para o Diretor-Geral.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dr. José Ricardo de Sales Lagreca
Diretor-Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes

Prezado Senhor,

Estou cursando o Mestrado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na Base de Pesquisa Educação e Cidadania, sob orientação da Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano.

A pesquisa tem como título provisório: “Registros de Enfermagem no prontuário do paciente em um hospital universitário – a busca pelo cuidado humanizado”.

Para o desenvolvimento desse estudo, solicito a V.S^a. autorização para realizá-lo no Hospital Universitário Onofre Lopes, onde entrevistarei a gerente de enfermagem, enfermeiros coordenadores de setores, supervisores de enfermagem, enfermeiros assistenciais e técnicos em enfermagem que se dispuserem a cooperar com esta pesquisa.

A data para início da coleta de dados será iniciada assim que obtiver o parecer do Comitê de ética da UFRN.

Observo que todas as informações coletadas, bem como a identificação dos profissionais serão tão somente utilizadas para essa investigação e mantido sigilo, a fim de resguardar a privacidade da instituição e dos entrevistados.

Agradeço a colaboração de V.S^a. e solicito sua autorização e acordo para a realização do estudo supracitado.

Atenciosamente,

Maria da Guia Feliciano da Silva
Enfermeira do Grupo de Trabalho de Humanização, Serviço de Educação Permanente e CCIH do HUOL e mestranda do Departamento de Enfermagem da UFRN.

APÊNDICE B - Termo de Anuência para a Direção de Enfermagem do HUOL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dra Neuma Oliveira de Medeiros

Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes

Prezada Senhora,

Estou cursando o Mestrado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na Base de Pesquisa Educação em Enfermagem e Cidadania, sob orientação da Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano.

A pesquisa tem como título provisório: "Registros de Enfermagem em um hospital escola – a busca pelo cuidado humanizado".

Para o desenvolvimento desse estudo, solicito a V.S^a. autorização para realizá-lo no Hospital Universitário Onofre Lopes, onde entrevistarei a gerente de enfermagem, enfermeiros coordenadores de setores, supervisores de enfermagem, enfermeiros assistenciais e técnicos em enfermagem que se dispuserem a cooperar com esta pesquisa.

A data para início da coleta de dados será iniciada assim que obtiver o parecer do Comitê de ética da UFRN.

Observo que todas as informações coletadas, bem como a identificação dos profissionais serão tão somente utilizadas para essa investigação e mantido sigilo, a fim de resguardar a privacidade da instituição e dos entrevistados.

Agradeço a colaboração de V.S^a. e solicito sua autorização e acordo para a realização do estudo supracitado.

Atenciosamente,

Maria da Guia Feliciano da Silva – Enfermeira do Grupo de Trabalho de Humanização, Serviço de Educação Permanente e CCIH do HUOL e mestranda do Departamento de Enfermagem da UFRN.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "Registros de enfermagem no prontuário do paciente em um hospital universitário - uma busca pela humanização do cuidado", coordenado pela orientadora Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano em cooperação com a mestrandia Enf^a Maria da Guia Feliciano da Silva.

O presente estudo tem como objetivo analisar os registros da equipe de enfermagem tendo como fio condutor o cuidado humanizado. Os dados serão coletados através de entrevista, que será áudio gravado, se o Sr(a) assim permitir. As informações coletadas serão tão somente utilizadas para fins acadêmico-científicos, e mantido sigilo a fim de resguardar a privacidade da instituição e o anonimato dos entrevistados evitando desconfortos e constrangimentos. Os dados não serão divulgados de forma a identificar a sua participação. Os riscos envolvidos com sua participação podem estar relacionados à dimensão psíquica, moral, intelectual e social, que serão minimizados através das seguintes providências: desistência da participação na pesquisa em qualquer momento sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos e mesmo havendo necessidade de ressarcimento ou indenização, os pesquisadores se responsabilizam por possíveis custos solicitados por você, desde que fique comprovada legalmente a sua necessidade. Ressalto que sua participação é voluntária.

Os benefícios esperados por este estudo será subsidiar discussões e reflexões sobre a importância do registro de enfermagem, contribuir com a academia auxiliando novas pesquisas e, para o serviço pela melhoria da assistência. Durante o desenvolvimento da entrevista o Sr(a) poderá fazer todas as perguntas que se fizerem necessárias para o esclarecimento de quaisquer dúvidas e receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Dúvidas a respeito de questões éticas referentes a esta pesquisa poderão ser levadas ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, no endereço Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300 pelo telefone 84-33425003 / 84-32154250, homepage: cep_huol@yahoo.com.br.

Desta forma, tendo sido devidamente esclarecido sobre a minha participação nesta pesquisa tenho pleno conhecimento de meus direitos e das condições que me foram asseguradas. Concordo plenamente e livremente manifesto minha vontade em participar deste estudo.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Natal, ____ de _____ de _____.

Departamento de Enfermagem, Campus Universitário em Lagoa Nova – Natal/RN, CEP: 59072-970 ou pelos telefones (84)3215-3196 E-mail: rgermano@natal.digi.com.br

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para a equipe de enfermagem

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

- Uma busca pela humanização do cuidado –

I. INSTRUÇÕES PARA A PESQUISA

1. A entrevista levará o menor tempo necessário para a coleta das informações a que se pretende.
2. Gostaria de fazer uso do gravador, evitando repetições de sua fala e como forma de melhor captar suas informações para transcrição posterior.
3. Ocorrendo quaisquer imprevistos que impossibilitem a continuação desta entrevista, retomaremos em outro dia e hora marcados antecipadamente.

II PARTE – PERFIL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Identificação do entrevistado de nº _____

1.1 – Qual o seu cargo? _____

1.2 - Tempo de formação: _____

1.3 - Idade: _____ Sexo: () masculino () feminino

1.4 - Setor de trabalho: () Clínica médica () Clínica cirúrgica () UTI

() setor de Transplante

1.5 - Tempo de trabalho neste setor: _____

1.6 - Turno de trabalho: () manhã () vespertino () noturno

1.7 - Religião: _____

III PARTE:

- 1.8. Você tem o hábito de ler os registros de enfermagem de enfermeiros e técnicos de enfermagem?
- 1.9. O que comumente os profissionais registram no prontuário?
- 2.0. Os registros de enfermagem do HUOL refletem a qualidade da assistência prestada?
- 2.1. Os registros de enfermagem constituem ferramenta de comunicação multiprofissional?
- 2.2. Os registros de enfermagem correspondem às suas expectativas?

- 2.3. Na sua opinião em que precisa melhorar os registros de enfermagem nos prontuários do paciente?
- 2.4. O que você julga essencial registrar nas anotações de enfermagem relativas ao paciente assistido?
- 2.5. Para você, existe alguma dificuldade em realizar os registros de enfermagem?
- 2.6. Ao perceber as necessidades psicoespirituais do paciente, você as registra?
- 2.7. O que você pensa sobre o registro do cuidado humanizado no prontuário do paciente?

A photograph showing a close-up of a hand holding a thin, light-colored wooden stick. The hand is positioned in the center-left of the frame. The background is heavily blurred, showing the profile of a person's face on the right side, suggesting an outdoor or social setting. The lighting is bright, creating a high-key effect.

ANEXOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – Cep: 59072-9, Fone/Fax
(84)3215-3196

Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ilmo Sr Dr. José Ricardo Lagreca de Sales Cabral.
Diretor do Hospital Universitário Onofre Lopes.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de pós-graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Maria da Guia Feliciano da Silva está realizando uma pesquisa sobre **“REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – uma busca pela humanização do cuidado”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

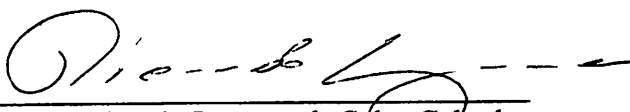
Assim sendo, solicitamos de V.S^a. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados, coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa direção, agradecemos antecipadamente.

Natal, 11 de 07 de 2010.

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação


Dr. José Ricardo Lagreca de Sales Cabral.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES – CEP/HUOL**

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, analisou o projeto:

**Título: REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO -
Uma busca pela humanização do cuidado -**

Protocolo CEP/HUOL: 422/10

Pesquisador Responsável: Raimunda Medeiros Germano

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, em reunião plenária realizada dia 27 de Agosto de 2010 no CEP/HUOL. Toda e qualquer alteração no projeto/protocolo de pesquisa, assim como eventos adversos que venham a ocorrer, deverão ser comunicados oficialmente e imediatamente ao CEP/HUOL. O relatório final do projeto ou a cópia de sua publicação deverá ser encaminhado ao CEP/HUOL após o término do estudo, conforme cronograma, com a respectiva cópia da folha de rosto.

Natal, 27 de Agosto de 2010.

**Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva
Coordenadora do CEP/HUOL**