

Felipe Barbosa Busnello

**REGISTROS EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA
DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2019

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, julho de 2019

REGISTROS EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DA
SEGURANÇA DO PACIENTE

Felipe Barbosa Busnello

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug
Orientadora

Prof. Dra. Mari Angela Gaedke
Examinadora

Prof. Dra. Luciane Maria Schmidt Alves
Examinadora

Para Marlene Esteves Pereira (*in
memoriam*), avó amada que me deu forças
para continuar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grato aos profissionais que aceitaram participar com tanta boa vontade das entrevistas, relatando suas experiências de maneira sincera e sensível.

Agradeço imensamente a Bruno Montezano Ramos, meu companheiro de vida, por permanecer ao meu lado durante todos os momentos, bons e ruins, motivando-me a seguir em frente, um passo de cada vez. Eu te amo.

A minha mãe, Claudia Rosane Barbosa dos Santos, que não mediu esforços para me apoiar em todas as minhas decisões, afinal “agradeço ao peito materno”.

A minha orientadora Suzane Beatriz Frantz Krug, pelo apoio e puxões de orelha durante grande parte da graduação, pois aprendi muito contigo.

A todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

*“Cuidar se dá em uma situação de encontro. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo,
com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade.”*
(POLAK, 1997, p. 126)

RESUMO

A relação entre os registros em saúde e a segurança do paciente, embora ainda pouco explorada em estudos qualitativos, representa um fator importante para a melhoria da qualidade da assistência. A pesquisa teve como objetivo averiguar as concepções de enfermeiros acerca das repercussões dos registros em saúde na qualidade da assistência, considerando a segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório e aspecto descritivo, utilizou-se de entrevista semiestruturada para a coleta de dados que foram submetidos a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), mais especificamente a Temática. Foram criadas duas categorias temáticas, sendo que na primeira categoria são demonstradas as concepções e perspectivas de enfermeiros sobre os registros em saúde, as facilidades envolvidas na sua realização e os seus aspectos dificultadores. As falas mais frequentes dos profissionais nessa categoria, referem-se a questão do respaldo profissional quanto a questões judiciais, na soma, destacam a importância de registrar todas as atividades realizadas e da melhoria da qualidade da assistência através dos registros em saúde. Já na segunda categoria, são indicados os entendimentos dos profissionais quanto a segurança do paciente e de sua relação com os registros em saúde, além disso, são apresentados relatos de erros na assistência decorrentes da falta ou realização inadequada dos registros em saúde que impactaram na segurança do paciente. Os profissionais caracterizam a segurança do paciente destacando a sua importância, relacionam a realização dos registros em saúde com a segurança do paciente, expressando em suas falas a utilização de instrumentos de comunicação que proporcionam uma maior segurança para o paciente, viabilizando a comunicação entre a equipe e auxiliando no planejamento das ações de saúde. Também, são indicados relatos de erros na assistência que comprometeram a segurança do paciente, dentre os fatores mais frequentes nas falas dos profissionais, destacam-se: a falta de registros, os erros de prescrições, a falta de atenção dos profissionais e a realização de procedimento em paciente errado. Em suma, a pesquisa possibilitou comprovar a relação de dois temas essenciais para a assistência à saúde, visto que não foram reconhecidos trabalhos de caráter exploratório que deem esse sentido relacional para as temáticas em estudo.

Palavras-chaves: Prontuário médico. Registros de enfermagem. Segurança do paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
a.C	Antes de Cristo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	Evento Adverso
OMS	Organização Mundial de Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNVS	Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos.....	13
3	REGISTROS EM SAÚDE.....	14
3.1	O perpasso dos registros em saúde: definição e historicidade.....	14
3.2	Registros em prontuário e seus benefícios.....	15
3.3	Dificuldades na prática dos registros.....	16
3.4	Possíveis caminhos para a melhoria dos registros em enfermagem.....	17
4	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
4.1	Percurso histórico da segurança do paciente	19
4.2	Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	20
4.3	Cultura da segurança do paciente.....	21
4.4	Ocorrência de eventos adversos e erros na assistência	22
4.5	Desenvolvimento da segurança do paciente: propostas e desafios.....	23
4.6	Os registros em saúde e a segurança do paciente	24
5	METODOLOGIA.....	26
5.1	Tipo de pesquisa.....	26
5.3	Sujeitos do estudo	27
5.4	Coleta de dados	28
5.5	Procedimentos éticos	28
5.6	Procedimentos técnicos	29
5.7	Análise dos dados.....	30
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	33
6.1	Caracterização dos sujeitos.....	33
6.2	Considerações e perspectivas de enfermeiros sobre os registros em saúde: importância, aspectos facilitadores e dificultadores.....	34

6.3 Relação entre os registros em saúde e a segurança do paciente: caracterização, relevância e experiências de enfermeiros	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	62
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	64
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	63
ANEXO.....	66
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PES- QUISA	67

1 INTRODUÇÃO

Há indícios de que as anotações sempre estiveram presentes nas práticas de enfermagem, desde o período em que Florence Nightingale desempenhava suas funções. Segundo Silveira (2015), Florence acreditava na importância das anotações para o cuidado, nas quais deviam expressar as condições do ser humano, meio ambiente, saúde e da prática de enfermagem. Com o passar dos anos essas anotações foram aprimoradas, sendo estabelecidos conceito e definição para a anotação de enfermagem. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Brasil, entre as décadas de 1970 e 80, possibilitou o estabelecimento de prioridades e de acompanhamento dos resultados obtidos através dos registros.

Na soma disso, os registros oferecem benefícios não apenas para o planejamento da assistência, como também, são essenciais para o faturamento de contas através da auditoria hospitalar. Não obstante, são capazes de demonstrar a qualidade da instituição por meio de indicadores, quando quantificados, contribuem para a pesquisa e ensino e também representam uma fonte legal de defesa jurídica, tanto para o profissional quanto para o paciente (FERREIRA, 2017).

Em concordância, Franciolin et al. (2012) consideram que os registros de enfermagem são essenciais no viés da assistência à saúde, ainda que servem como ferramenta de comunicação entre a equipe multiprofissional, possibilitando a continuidade do cuidado prestado ao paciente. Os registros da assistência de enfermagem consistem principalmente nas checagens de medicamentos e procedimentos, anotações e evoluções de enfermagem.

Em completude, os registros de enfermagem são considerados os mais importantes instrumentos de avaliação da qualidade da atuação e representam 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário (COFEN, 2016). Esse último, reúne todas as informações relacionadas ao paciente de forma cronológica, além de evidenciar a evolução de seu quadro clínico e possibilitar a melhor escolha da terapêutica a ser adotada. Sendo assim, os registros em saúde são fundamentais na assistência, para que tenham êxito, devem ser realizados de forma adequada, completa, legível e fidedigna. Por essa efetivação, os registros contribuem para a prevenção/redução de erros humanos e, conseqüentemente, para a segurança do paciente (COFEN, 2016).

Estudos realizados por Prates et al. (2018) e Elias et al. (2015) apontam a importância da adesão do checklist como ferramenta de registro pela equipe e instituição para enaltecer a segurança do paciente. Nesse sentido, Prates et al. (2018) investigaram a incidência de

infecções de sítios cirúrgicos antes e após a implementação de um checklist, elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Houve a constatação de uma redução significativa de tais infecções que colaboraram para uma assistência ao paciente mais segura.

Elias et al. (2015), enfatizam a dificuldade encontrada em seu estudo pela falta de adesão dos profissionais ao registro correto e completo do checklist. Sugerem atividades de educação continuada como ferramenta capaz de sensibilizar a equipe e evidenciar a importância dos registros. No que se refere a educação continuada, Lemos et al. (2018) avaliaram o desempenho dos profissionais em relação aos registros hospitalares, antes e após a realização dessas atividades, onde foi possível identificar uma mudança drástica e positiva por parte da equipe.

Por esse panorama, são inúmeras as pesquisas realizadas que indicam a precariedade e fragilidade nos registros de enfermagem. Como consequência, dificultam o processo de trabalho, a relação interpessoal dos profissionais e acima de tudo, comprometem a qualidade e segurança na assistência ao paciente (AQUINO et al., 2018; LOPES; ASCARI, 2018).

Os registros em saúde realizados em prontuários se configuram em um instrumento essencial para a segurança do paciente (CAMPEDELLI et al., 1992). Em contrapartida, são poucos os estudos que abordam a temática com enfoque na segurança do paciente. As pesquisas recentes assumem um caráter predominantemente quantitativo, embora haja produções que se manifestam de modo qualitativo em seu desenvolvimento através de análises documentais (GARCIA; FERREIRA; SILVA, 2018; TASE; QUADRADO; TRONCHIN, 2018). Portanto, essas pesquisas mostram maior interesse na investigação voltada a questões de auditoria hospitalar no âmbito econômico e financeiro.

Desse modo, torna-se imprescindível dar maior visibilidade para o assunto, visto que os registros de enfermagem influenciam direta e indiretamente na segurança do paciente, profissional e instituição. É necessário verificar a situação por outro espectro, realizando uma escuta com os profissionais e não única e exclusivamente revisando prontuários, como a maioria dos estudos tem desenvolvido, a fim de detectar possíveis dificuldades encontradas por esses profissionais no desenvolvimento do registro.

O interesse pela temática surgiu da inquietação do autor do presente estudo em campo de práticas da saúde ao compreender o impacto dos registros faltantes causados a assistência ao paciente, que dificultavam o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população. Tal fato, pôde ser observado durante a trajetória acadêmica, onde foram explorados vários âmbitos da saúde, como por exemplo, comitês municipais de combate à mortalidade materna e infantil. Inúmeras vezes foi possível

identificar a falta de registros como empecilho para a continuidade do cuidado e resolutividade dos problemas. Logo, permanecem dúvidas quanto a importância dada pelos profissionais a essa ação e seus reflexos ao paciente.

Por fim, o presente estudo possui como problema de pesquisa o seguinte questionamento: **Quais as concepções de enfermeiros acerca das repercussões dos registros em saúde na qualidade da assistência, considerando a segurança do paciente?** A partir disso, surge a necessidade de averiguar os reflexos dos registros, ou da falta deles, na segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Averiguar as concepções de enfermeiros acerca das repercussões dos registros em saúde na qualidade da assistência, considerando a segurança do paciente.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar a importância atribuída pelos enfermeiros aos registros em saúde e seus reflexos na segurança do paciente;
- Caracterizar os possíveis danos a pacientes decorrentes da forma e completude dos registros;
- Identificar as dificuldades encontradas por esses profissionais na adesão aos registros em saúde.

3 REGISTROS EM SAÚDE

Esse item diz respeito aos registros em saúde em sua forma geral, sejam registros manuais ou eletrônicos. Ao seu decorrer, serão apresentadas a definição, a historicidade, as formas de registro em prontuário e seus benefícios, algumas dificuldades encontradas na realização dos registros, e também, sugeridos possíveis caminhos para melhoria dos registros de enfermagem.

3.1 O perpasso dos registros em saúde: definição e historicidade

Hipócrates no século 5 a.C. mencionava que o curso da doença e sua etiologia deviam ser registrados de forma fidedigna e cronológica. Acredita-se que desde a época, a valorização dos registros e o seu uso para a prática da saúde desempenhavam um importante papel, pois norteava as condutas adotadas (OLIVEIRA, PINHEIRO, BEGLIOMINI, 2018).

Além disso, há indícios que as anotações sempre estiveram presentes na prática de enfermagem, desde o período em que Florence Nightingale desempenhava suas funções. Conforme Silveira (2015), Florence acreditava na importância das anotações para o cuidado, nas quais deviam expressar as condições do ser humano, meio ambiente, saúde e das ações desenvolvidas pela enfermagem.

Os registros em saúde são definidos como um conjunto de informações relacionadas ao paciente, de forma individual e integral, onde expõe todas as atividades realizadas pela equipe multiprofissional. Desse modo, servem como apoio a avaliação do estado geral em que o paciente se encontra, evidencia a terapêutica desenvolvida e também, é útil para estabelecer o prognóstico do indivíduo (SEVA-LLOR et al., 2015).

Por essa perspectiva, o registro em saúde tem seu início no momento em que o paciente chega ao serviço buscando por atendimento, no qual deve ser realizado um levantamento completo de seu histórico clínico e estilo de vida, logo devem ser documentadas as informações pertinentes a assistência. Essas informações, dizem respeito a nutrição, atividade, sono, história da doença atual e pregressas, além dos achados clínicos obtidos por meio do exame físico (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Por esse caminho, Alfaro-LeFever et al. (2005), indicam a importância de registrar todas as informações consideradas significativas para a assistência à saúde dos pacientes, além de registrar tudo aquilo que é comunicado verbalmente. Esses registros, quando bem executados são fundamentais para o atendimento ao paciente, para isso, devem ser realizados de forma

contínua, concisa, exata e clara para que qualquer profissional consiga compreender.

Ademais, os registros devem conter todos os achados, positivos e negativos para uma melhor avaliação da situação de saúde do paciente (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), salienta que os registros em saúde têm por finalidade partilhar informações, garantir a qualidade da assistência, relatar de forma cronológica as alterações em cada caso, respaldar os pacientes e profissionais quanto a questões jurídicas, contribuir para o ensino e pesquisa, e também, possibilitar o processo de faturamento através da auditoria hospitalar.

É importante que as informações obtidas sejam constantemente atualizadas através de exames físicos e investigações diárias, pois podem ocorrer modificações clínicas e necessidade de novas prescrições de cuidados. Dessa forma, todas as modificações também devem ser registradas e comunicadas, a fim de proporcionar a continuidade do cuidado (CAMPEDELLI et al., 1992).

Campedelli et al. (1992) destaca a importância dos registros e de sua realização na prestação do cuidado, pois mesmo a comunicação oral sendo necessária durante a jornada de trabalho, existem muitos fatores envolvidos que não a permitem ser totalmente eficiente. Como exemplo disso, a dificuldade de memorização de todos os detalhes de um diálogo oral e também a rotatividade de profissionais entre os turnos de trabalho.

3.2 Registros em prontuário e seus benefícios

É pertinente destacar a origem da palavra prontuário, que deriva do latim *promptuariu* que significa “lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento” (COFEN, 2016, p. 9). Ou, conforme o dicionário Aurélio “Livro, manual que contém fórmulas e indicações úteis de modo a achar prontamente o que se quer saber” (FERREIRA, 2005).

O Conselho Federal de Medicina através da Resolução nº 1.638/2002, define o prontuário como um documento único e insubstituível, portador de informações redigidas, resultados de exames realizados, registro dos sinais vitais, gerados pela constatação verossímil dos acontecimentos e da situação do paciente (CFM, 2002). Na soma do exposto, são ressaltados os caracteres legal, sigiloso e científico, além de representar uma ferramenta de comunicação da equipe multiprofissional.

A partir desses conceitos, torna-se aparente a sua importância para os serviços de saúde, pois o prontuário representa uma fonte de informações essenciais para o desenvolvimento de

uma assistência à saúde de qualidade. Essas informações são registradas por profissionais de diversas áreas da saúde, construindo um instrumento de comunicação entre todos (MIRANDA et al., 2016).

Os registros em prontuário, referentes a identificação do paciente, quando realizados de forma correta, também são tidos como fatores necessários e positivos na prática assistencial. Nesse sentido, Alves et al. (2018) indicam a identificação do paciente através dos registros como estratégia para a redução dos danos ou riscos na assistência, visto que o equívoco nesse processo pode desencadear consequências graves ao paciente. Elencam como dados essenciais no registro dos profissionais: nome completo, filiação, data de nascimento e local exato de internação.

Silveira e colaboradores (2015), demonstram em seu estudo a importância dos indicadores para melhoria da qualidade do cuidado, pois possibilita observar como está sendo desenvolvida a assistência e o que precisa ser aprimorado. Por esse espectro, é necessário manter os registros atualizados e completos sobre os ocorridos, a fim de demonstrar a realidade através dos indicadores e possibilitar a prevenção dos erros na assistência.

Ademais, os profissionais de enfermagem representam o maior quantitativo de profissionais atuantes nas instituições hospitalares, conseqüentemente, realizam o maior volume de registros em prontuário (CARDOSO et al., 2017). Nessa perspectiva, os registros de enfermagem, seja em prontuário eletrônico ou manuscrito, representam 50% das informações inerentes ao cuidado. Essas anotações dizem respeito a condição do paciente nas 24 horas diárias em que está hospitalizado (MIRANDA et al., 2016).

3.3 Dificuldades na prática dos registros

Um estudo realizado por Figueiredo et al. (2019) indica discrepância entre os dados registrados em prontuário manual e dos dados inseridos em sistema eletrônico, de modo que dos dezenove pacientes que desenvolveram lesão por pressão, apenas seis foram identificados no meio eletrônico. Tal situação é associada a falta de conhecimento de profissionais quanto a caracterização das lesões. Desse modo, a subnotificação dos incidentes envolvendo pacientes, influencia diretamente na qualidade da assistência prestada pela instituição, além de comprometer a sua imagem.

Por essa perspectiva, Cardoso e colaboradores (2017) indicam que a falta de registros em meio eletrônico também se caracteriza pela dificuldade de manuseio dos sistemas, pela falta de educação continuada e infraestrutura inadequada. Além disso, nem sempre existe um

quantitativo de computadores suficiente para que todos os profissionais possam utilizar livremente.

A falta de adesão aos registros também exprime adversidades, como é indicado por Alves e colaboradores (2018), que identificaram em seu estudo a ausência de registros profissionais como fator contributivo para o prejuízo da comunicação e, conseqüentemente, na evolução do paciente. Justifica-se isso, por Silveira et al. (2015) que indicam a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, a falta de tempo para funções mais administrativas como o registro, e além disso, a quantidade reduzida de profissionais.

Em virtude ao mencionado, percebe-se que as condições de trabalho influenciam diretamente na prática dos registros e denotam a necessidade de contratação de mais profissionais de enfermagem. Sugere-se a aplicação da escala de redimensionamento de pessoal de enfermagem para avaliar a real necessidade por local de trabalho.

3.4 Possíveis caminhos para a melhoria dos registros em enfermagem

Os registros de enfermagem são fatores essenciais para a execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois contribuem para o planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas (CAMPEDELLI et al., 1992). Vale ressaltar, que está previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu Art. 72, a responsabilidade da categoria em registrar tanto em prontuário quanto em qualquer outro documento relacionado a assistência, próprio da enfermagem, informações relacionadas a situação de saúde e a assistência prestada ao paciente (COFEN, 2016).

Em um estudo realizado por Tannure et al. (2015), foi possível constatar que os registros eletrônicos são mais vantajosos quando comparados com os manuais. Acredita-se que essa afirmativa se dá em virtude de lembretes fixados nas páginas eletrônicas, lembrando de dados essenciais para o desenvolvimento da SAE, já os registros manuais abrem espaço para o esquecimento de informações.

Diante ao exposto, todos os registros de enfermagem, eletrônicos ou manuais, garantem ao enfermeiro estabelecer e planejar a aplicação das taxonomias de NANDA, NIC e NOC. Desse modo, propicia o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, enaltecendo a assistência de enfermagem na íntegra (SEVA-LLOR et al., 2015).

Vale ressaltar, que é através da SAE que o enfermeiro poderá, por meio da avaliação, acompanhar as anotações realizadas pelos técnicos de enfermagem, e conseqüentemente, acompanhar a evolução do paciente. Essas anotações, devem conter todas as percepções

referentes as condições do paciente, além disso, devem cumprir com o que foi atribuído pelo enfermeiro ao prescrever os cuidados (BRAGAS, 2015).

Para que ocorram modificações quanto a realidade indesejada dos registros, torna-se necessária a fortificação da liderança e o envolvimento dos gestores, de forma que possibilitem momentos voltados a educação de profissionais. Também, há necessidade de ampliar o número de profissionais enfermeiros nas equipes, haja vista a falta de registros em virtude da sobrecarga de trabalho desses profissionais (BRAGAS, 2015).

Por esse caminho, as capacitações também representam alternativas transformadoras de realidade, pois possibilitam a reflexão pessoal e desenvolvimento profissional. Desse modo, torna-se fundamental a criação de espaços destinados ao diálogo e reflexividade para a melhoria da qualidade da assistência e de trabalho (CARDOSO et al., 2017).

Por fim, a educação permanente deve ser cada vez mais empregada nas instituições, pois através dela é possível superar as dificuldades e aprimorar os conhecimentos existentes. Cabe destacar, que para efetivar a educação permanente é necessária a integração de todos os envolvidos, gestores e funcionários (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; LIMA; LIMA, 2017).

4 SEGURANÇA DO PACIENTE

Nesse tópico será realizada uma revisão histórica da segurança do paciente, bem como apresentará questões pertinentes ao tema. Para que isso se concretize, torna-se fundamental definir o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a Cultura de segurança do paciente. Além disso, serão abordados alguns pontos relacionados a ocorrência de eventos adversos, erros na assistência, desafios e propostas para o desenvolvimento da segurança, e também será indicada a relação dos registros em saúde com a segurança do paciente.

4.1 Percurso histórico da segurança do paciente

Acredita-se que a história da segurança do paciente inicia com Hipócrates em 460-370 a.C. quando mencionou em seu juramento aplicar seus conhecimentos sobre a medicina da época para o bem do paciente e jamais para o prejuízo dos mesmos e de outros. Desse modo, reconhecia que o cuidado da saúde também oferece riscos a integridade do ser humano (CREMESP, 2018).

Muito tempo depois, o médico húngaro Ignaz Semmelweis realizou um experimento envolvendo a lavagem das mãos entre as práticas de autópsia e de parto, concluindo que a contaminação dos cadáveres, veiculada pelas mãos, era a grande responsável pelo acometimento de febre puerperal. Logo, com a introdução da prática de lavar as mãos, reduziu drasticamente a incidência de contaminação já no primeiro mês (MOLENTO, 2017).

Outras formas de prevenção foram estabelecidas por Florence Nightingale, que desempenhou suas funções como enfermeira no final do século XIX durante a Guerra da Crimeia, salvando milhares de soldados envolvidos na batalha através da implementação de práticas sanitárias. Florence acreditava que para o êxito na recuperação da saúde dos enfermos deveriam ser levados em consideração os aspectos biopsicossociais (MARTINS; BENITO, 2016).

Outros métodos relacionados a segurança do paciente também foram descritos, como o caso do médico americano Ernest Amory Codman fundador da medicina baseada em evidências em meados do século XX. O médico acreditava que através do acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar e do registro do diagnóstico e terapêutica utilizada, seria possível identificar as falhas ocorridas em tratamentos para qualificar futuros atendimentos (CHUN; BAFFORD, 2014).

Logo nos anos 2000, o médico libanês Avedis Donabedian criou um modelo de

investigação sobre a qualidade da assistência à saúde considerando a estrutura, o processo e o resultado parte da melhoria da qualidade da assistência. Dessa forma, menciona que o “Cuidado de saúde de qualidade é aquele que maximiza o bem-estar do paciente, após levar em conta o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas em todas as etapas do processo de cuidado” (MOURA, 2014, p. 7).

Atualmente, conta-se com a Portaria nº 529 instaurada em 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo geral auxiliar na qualificação da assistência à saúde da população em todo território nacional. É com base nessa portaria em consonância com a RDC nº 36/2013 que os hospitais criam o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

4.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Para que o PNSP seja capaz de apoiar a melhoria da qualidade da assistência, estabeleceu-se alguns objetivos específicos. Por esse caminho, dizem respeito a promoção de iniciativas sobre a segurança do paciente em todas as esferas de atenção à saúde, tendo em vista a implementação da gestão de risco e de NSP (BRASIL, 2013a).

A portaria também indica como objetivos específicos, a necessidade de envolver o paciente e familiares na sua segurança, a necessidade de ampliar a divulgação de informações referentes ao tema para que toda a sociedade tenha acesso. Também se torna pertinente, a produção contínua de conhecimentos, bem como sua aplicação na prática assistencial e de sua estimulação durante a formação profissional (BRASIL, 2013a).

Por esse caminho o PNSP possui quatro eixos de sustentação, sendo eles: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014). Além disso, o Ministério da Saúde desenvolve ações voltadas a segurança do paciente, tendo como base as seis metas indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo elas: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais da saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; higienizar as mão para evitar infecções; e, reduzir o risco de quedas e de úlcera por pressão (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, a RDC nº 36, define o NSP em seu Art. 3º, inciso VIII como uma “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”. Na soma disso, em seu Art. 4º fala de sua criação, onde

incube a direção de serviço de saúde nomear sua composição, “conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”.

Conforme o boletim referente a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, tornado público em dezembro de 2017 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CARVALHO et al., 2017), indica que em 2016 foram totalizados 2.286 NSP no Brasil. O mesmo relatório também aponta a subnotificação de incidentes relacionado a assistência incluindo os eventos adversos.

Em detrimento ao supracitado a segurança do paciente é tida como uma necessidade emergente nos serviços de saúde, que buscam pela excelência no atendimento prestado. Desse modo, torna-se necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança pelos profissionais, a fim de prevenir os danos causados ao paciente em decorrência do cuidado prestado (SCHUH, 2016).

4.3 Cultura da segurança do paciente

A segurança do paciente é definida por um conjunto de ações que visa a redução dos riscos e danos associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável (BRASIL, 2013a) Para que isso se concretize, faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança que conforme a RDC nº 36 em seu Art. 3 inciso II, consiste em “um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos” que indicam o comprometimento no viés da gestão e segurança, “substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (BRASIL, 2013b).

A cultura de segurança do paciente é definida por Schuh (2016), como um produto das ações desenvolvidas individual ou coletivamente. Na soma disso, os valores e os comportamentos representam fatores determinantes em direção ao êxito na administração institucional, de maneira competente, comprometida e segura.

Essa cultura da segurança, expressa-se por cinco características operacionais, respectivamente: I - a cultura de que todos os profissionais se tornem responsáveis pela segurança deles próprios, de seus colegas, pacientes e familiares; II - a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; III - a cultura que promove o encorajamento da resolução das falhas na segurança, bem como de sua notificação; IV - a cultura que estimula o aprendizado com os incidentes ocorridos; e, V - a cultura que estimula a manutenção dos fatores envolvidos na segurança (BRASIL, 2013b).

4.4 Ocorrência de eventos adversos e erros na assistência

O total de incidentes registrados no ano de 2016 foram de 53.997 no Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (SNVS). Considera-se que 17.032 não causaram danos aos pacientes, 28.857 repercutiram em danos leves, 6.353 em danos moderados, 1.479 em danos graves e 276 resultaram em óbitos (CARVALHO et al., 2017).

O número de incidentes relacionados a saúde que foram notificados no período de 2016, variou de 3.354 a 4.716 entre janeiro e dezembro, tendo a maior incidência no mês de novembro com 5.481 notificações e a menor incidência no mês de janeiro com 3.354 notificações. Entre os estabelecimentos de saúde, os hospitais foram os que mais realizaram notificações, atingindo o percentual de 94% das mesmas (CARVALHO et al., 2017).

A maioria dos incidentes notificados foram categorizados como “outros”, isso se justifica pela sua variedade. Em segunda instância, destacam-se as falhas durante a assistência à saúde, seguidos de lesões por pressão, queda do paciente, falha na identificação do paciente, dentre vários outros incidentes (CARVALHO et al., 2017).

Um dos grandes pilares para a segurança do paciente é a sua identificação correta, pois é comum encontrar usuários com nome e sobrenome iguais em uma mesma unidade de internação. Dessa forma, a falta ou incompletude da identificação contribui para a ocorrência de erros na assistência e coloca em risco a integridade do paciente (TASE; QUADRADO; TRONCHIN, 2018).

Em concordância, Alves et al. (2018) indicam a identificação do paciente como o primeiro passo para a sua segurança. Salienta-se que para cada erro cometido pelo menos duas pessoas são prejudicadas, sendo elas: a que recebeu o tratamento de forma equivocada e aquela que não recebeu o que precisava.

Estudos indicam que a precariedade no desenvolvimento dos registros no prontuário do paciente representa um risco para a ocorrência de erros ou Eventos Adversos (EA) ao paciente (ALVES et al., 2018; PAVÃO et al., 2011). Além disso, Alves et al. (2018) complementam que por vezes os registros não são realizados e que tal fato compromete a segurança do paciente, pois não há parâmetros para a continuidade do cuidado.

Torna-se pertinente destacar, que os EA são definidos como qualquer dano ou lesão causada ao paciente por influência de profissionais da saúde (SIMAN; BRITO, 2016). Por sua vez, o erro é caracterizado como uma falha na execução do planejado, onde a ação não coincide com o previsto (BRASIL, 2014).

É importante destacar que a ocorrência dos erros na assistência também está relacionada

à condições inadequadas de trabalho, seja pela sobrecarga de trabalho ou pressão oriunda de gestores quanto a exigência de mais produção em tempo hábil e com menos custos. Por essas e outras razões, percebe-se um aumento significativo no desenvolvimento da síndrome do esgotamento profissional (*burnout*), comprometendo a saúde mental dos profissionais da saúde (BRASIL, 2014).

4.5 Desenvolvimento da segurança do paciente: propostas e desafios

O fato do ser humano cometer erros, está associado as exigências culturais impostas pela organização da sociedade. No viés da representatividade profissional, ser bom enfermeiro ou enfermeira, transcreve-se por cumprir perfeitamente com a prática do cuidado, o que muitas vezes despreza o entendimento de que as pessoas são seres inacabados, que estão em constante processo de aprendizagem. Com isso, é preciso compreender que seres humanos cometem erros, porém é dever do sistema desenvolver mecanismos que impeçam o alcance dos danos aos pacientes (BRASIL, 2014).

Os erros cometidos devem ser notificados e registrados, pois essas informações representam dados estatísticos importantes e necessários para o gerenciamento de riscos e, conseqüentemente para a prevenção ou redução de novos erros (LIMA et al., 2014). Os autores supracitados destacam a importância da identificação de riscos de acidentes em potencial no momento da identificação do paciente e de seu registro em prontuário, a fim de alertar a todos os profissionais envolvidos na assistência. Na soma disso, exprimem como estratégia o registro das características especiais no prontuário, pode-se citar como exemplo, que casos de alergia medicamentosa sejam evidenciados com clareza.

Além da identificação de riscos, a identificação do próprio paciente é essencial para sua segurança. Dessa maneira, torna-se útil a adoção de pulseiras como ferramenta complementar de identificação, onde expressa dados pessoais do paciente. Tal ferramenta não supre a necessidade de manter os registros em prontuário atualizados quanto ao local de internação, leito, possíveis mudanças, entre outros (ALVES et al., 2018).

Para o desenvolvimento de uma assistência à saúde de qualidade é necessário um bom envolvimento entre equipe multiprofissional, onde a comunicação, oral ou escrita, seja entendida por todos (ALMEIDA et al., 2017). Por essa perspectiva, é necessário relacionar a prática dos registros em saúde com a segurança do paciente, pois os registros permitem aos profissionais um apoio para vislumbrar possíveis caminhos terapêuticos, além de servir como fonte de informações capazes de reduzir a ocorrência de situações prejudiciais na assistência

(SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Com o rápido aprimoramento de tecnologias voltadas a segurança do paciente, urge a necessidade de inserir o tema na perspectiva da educação permanente (BRASIL, 2014). No que tange a segurança do paciente, é importante salientar o seu potencial de transformação do trabalho, estimulando o pensamento crítico e reforçando o compromisso dos profissionais com seu local de trabalho (WEGNER et al., 2016).

Os autores ainda mencionam a importância de serem trabalhadas questões referentes a educação permanente durante os períodos de graduação e pós-graduação, a fim de “instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente” (WEGNER et al., 2016, p. 2).

4.6 Os registros em saúde e a segurança do paciente

Conforme Carneiro et al. (2016) a utilização de siglas não padronizadas pode acarretar em prejuízos para a comunicação entre a equipe, pois é possível que alguns profissionais não as compreendam. Dessa forma, a segurança do paciente também é posta em risco, pois a terapêutica pode ser interpretada erroneamente.

Pode-se utilizar como exemplo, o caso citado pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (2015), onde houve um engano quanto a dosagem prescrita de insulina lispro devido ao uso de sigla não padronizada, na prescrição constava “5U” e foi interpretada como 50 unidades. O paciente que recebeu a sobre dose sofreu parada cardiorrespiratória e foi a óbito uma semana depois.

Por essa perspectiva, Cadavez (2017) aponta em uma de suas entrevistas a necessidade de registrar as questões referentes a administração de medicamentos, de modo que se a medicação tenha sido administrada deve ser checada para evitar que outros profissionais administrem novamente, caso não tenha sido administrado deve ser justificado para que o outro profissional entenda os motivos.

O autor também ressalta as questões referentes a alimentação, pois algumas vezes o paciente não pode receber alimentação via oral e se não for registrado, corre-se o risco de outro profissional ofertar o alimento ao paciente. Além disso, menciona a importância de registrar situações simples, como o hábito de familiares em não levantar as grades do leito, dessa forma, serve de alerta de risco para queda de pacientes pediátricos.

Seignemartin et al. (2013) indicam que a falta de registro ou o registro inadequado prejudica a assistência prestada ao paciente, pois dificulta o planejamento da terapêutica a ser

adotada e a avaliação da evolução clínica do paciente. Na soma disso, a falta de informações compromete a segurança do paciente pois não deixa margem para o cuidado continuado.

Aquino et al. (2018) complementam que a comunicação escrita entre a equipe multiprofissional, representa um fator necessário e importante para a garantia da segurança do paciente. Sendo assim, essa comunicação expressada na forma de registro no prontuário deve retratar de forma clara, eficiente e fidedigna as alterações do quadro clínico do paciente e os procedimentos realizados.

5 METODOLOGIA

Na perspectiva de Minayo (2014) a metodologia possui seu histórico conceitual por caminhos controversos, onde muitos pesquisadores a defendem por uma abordagem epistemológica distinguindo-a de operações sistêmicas. Outros cientistas a igualam por métodos e técnicas, ainda, alguns separam a teoria do método e poucos a definem como uma integração desses dois elementos.

Minayo (2014) caracteriza a metodologia ao dizer que são indissociáveis a teoria e o método, porque o conjunto de elementos que constitui a pesquisa deve interagir em concordância. Na soma, considera que a metodologia deve demonstrar o percurso intersubjetivo para suprir as investigações do fenômeno em estudo, também evidenciar os instrumentos e procedimentos técnicos que especificam os modos de investigação e por último, a capacidade de criação, que dá particularidade a pesquisa ao ser submetida a análise do pesquisador, com base nas suas vivências.

Por esses argumentos, os itens desse tópico indicam o trajeto metodológico da pesquisa. Com isso, serão caracterizados o tipo, o local e os sujeitos da pesquisa, bem como a forma com que os dados foram coletados, os procedimentos técnicos e éticos e as especificidades nas quais foram atribuídas para analisar os resultados.

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e aspecto descritivo. As pesquisas qualitativas se tornam adequadas quando há desejo de conhecer a extensão do objeto de estudo, aplicando-se nos casos em que se busca identificar o grau de conhecimento, as opiniões, impressões, hábitos, comportamentos de populações, serviços, instituições e/ou outros (SOUZA; SANTOS; DIAS, 2013).

Os estudos exploratórios, caracterizam-se como aqueles onde o problema de pesquisa é pouco estudado e não se obtém muitas informações a respeito. Ainda que, ajuda o pesquisador a se familiarizar com fenômenos desconhecidos, a obter informações para realizar uma pesquisa mais completa de um contexto específico e a pesquisar novos problemas. Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e perfis de profissionais, grupos, comunidades e outros que podem ser submetidos a uma análise, mostrando com precisão as dimensões do que está sendo estudado (HERNÁNDEZ, 2013).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino situado na região central do estado do Rio Grande do Sul. A escolha por esse local de pesquisa se justifica pela sua ampla assistência prestada aos usuários e pela intenção do autor em investir na pesquisa local e no desenvolvimento do respectivo serviço.

É uma entidade filantrópica que possui 232 leitos, 975 funcionários, destes, aproximadamente 80 são enfermeiros e 226 médicos que compõem o corpo clínico. Essa instituição é reconhecida como de utilidade pública nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal – também é referência na área de traumatologia/ortopedia de alta complexidade e gestantes de alto risco.

Dentre os setores existentes no hospital, existem três Unidades de Internação para adultos e uma para crianças de 0 a 12 anos, UTI adulto, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Cuidados Intermediários – UCI, UTI Neonatal/Pediátrica, Hemodinâmica e vários outros que possibilitam a assistência à saúde da população. Vale ressaltar, que a equipe de enfermagem na instituição realiza quatro turnos de seis horas durante a jornada de 24 horas de trabalho diárias.

Para a realização da pesquisa, optou-se pelas Unidades de Internação de adultos. As três unidades possuem 16 enfermeiros distribuídos por unidades e em quatro turnos de trabalho, 82 leitos, sendo 44 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 38 privados, além disso, possuem oito leitos para fins de isolamento. A escolha por esses locais, justifica-se pelo grande número de pacientes internados e por sua rotatividade diária, o que faz refletir quanto a possibilidade de haver sobrecarga de tarefas aos profissionais enfermeiros, o que pode impactar nos registros em saúde.

5.3 Sujeitos do estudo

As unidades de internação possuem o total de dezesseis enfermeiros, porém, três deles faziam parte de outros setores e esporadicamente cobriam algumas folgas, por essa razão, foram excluídos dessa pesquisa, desse modo, 13 profissionais constituem a equipe fixa da unidade, um profissional não aceitou participar da pesquisa e outros dois não dispuseram de tempo para as entrevistas.. Logo, foram considerados como critérios de inclusão: fazer parte da equipe fixa da unidade e não foi levado em consideração o tempo de atuação na unidade.

5.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), com as falas gravadas em meio eletrônico. Segundo Minayo (2014), a entrevista consiste basicamente em uma conversa entre duas ou mais pessoas na qual existe alguma finalidade ou objetivo. As entrevistas foram realizadas durante todo o mês de abril do ano de 2019, conforme disponibilidade e agendamento prévio com os profissionais.

Por esse viés, existem várias modalidades de entrevistas que podem ser classificadas, nesse caso, optou-se pela entrevista semiestruturada, que permite ao entrevistador intercalar questões abertas e fechadas e promover um desprendimento das indagações formuladas (MINAYO, 2014). Essa modalidade de entrevista propicia a utilização de um roteiro que possibilita ir além da obtenção de informações reducionistas, ainda que oferece profundidade para a coleta de dados no que se refere ao cumprimento das metas estipuladas (BARDIN, 2016).

Por essa perspectiva, a entrevista possibilita identificar outros pontos importantes para a pesquisa que não estejam cerceados pelo roteiro, onde o entrevistado possui liberdade para expor seus anseios de modo ininterrupto (MINAYO, 2014). Ademais, proporciona a obtenção de informações de forma aprofundada e promove a expressão do sujeito com base em suas vivências, pois cada pessoa possui suas formas de linguagem para descrever acontecimentos, sentimentos e pensamentos (BARDIN, 2016).

Em contrapartida, existem algumas fragilidades, pois também é possível que ocorram desvios de assuntos, negligências de informações, constrangimento pela situação e até mesmo, falta de interesse por parte do entrevistado em responder os questionamentos feitos pelo entrevistador (BARDIN, 2016).

5.5 Procedimentos éticos

Em primeiro momento, foi enviado um e-mail para a Secretaria de Ensino, Pesquisa e Extensão, contendo uma cópia do projeto de pesquisa e um formulário padronizado, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Após o recebimento da autorização, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC).

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número 3.208.232 (ANEXO A), contatou-se novamente a instituição para tratar sobre o início da

coleta de dados. Por esse caminho, a coordenação das unidades de internação permitiu que as entrevistas fossem realizadas durante o horário de trabalho, conforme a disponibilidade dos enfermeiros.

As entrevistas deram início após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e da assinatura do entrevistado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e outra guardada pelo pesquisador. Salienta-se que a presente pesquisa respeitou criteriosamente a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (COFEN, 2012).

Reforça-se que os profissionais que participaram da entrevista permanecerão em anonimato e em sigilo, para isso, adotou-se codinomes para cada profissional, sendo “Enf. 01” com aumento gradativo do numeral até “Enf. 10”, conforme a ordem de realização das entrevistas. Além disso, os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Por essa razão, serão armazenados pelo autor por um período de cinco anos, após esse período, os dados serão descartados. Não obstante, se o entrevistado desejar desistir de participar da pesquisa, poderá o fazer a qualquer momento.

5.6 Procedimentos técnicos

Após o aval da coordenação das unidades de internação para iniciar a coleta de dados, entrou-se em contato pessoalmente com os enfermeiros para agendar dia e horário favorável para a realização das entrevistas. Algumas entrevistas foram realizadas no mesmo momento, enquanto outras foram marcadas.

Durante o período ocorreram alguns contratemplos, como por exemplo, as múltiplas vezes em que foi necessário reagendar a realização da entrevista, em função de falta de tempo alegada ou esquecimento por parte dos profissionais. Em função disso, três profissionais não puderam ser entrevistados pois ultrapassaram o prazo estabelecido no cronograma.

Quanto as entrevistas realizadas, em primeiro momento o projeto foi apresentado brevemente aos entrevistados para que entendessem os motivos pelos quais a pesquisa pretendia ser realizada e por que foram escolhidos. Na sequência, o TCLE foi assinado em duas vias e preenchidos os dados de identificação dos sujeitos.

Para a realização das entrevistas foram utilizadas algumas salas na própria instituição – que eram utilizadas para reuniões ou salas de aula que se encontravam vazias no momento – respeitando a privacidade do pesquisador e do profissional. Dessa forma, foi garantido um ambiente calmo, livre de interrupções desnecessárias e ruídos, possibilitando a construção de

diálogos em um espaço tranquilo e confortável para os envolvidos.

As entrevistas foram gravadas na forma de áudio e foram norteadas pelo Instrumento de Coleta de Dados. Por se tratar de uma gravação alguns profissionais se sentiram envergonhados ao acreditarem que muitas pessoas as ouviriam e que seriam identificados, nesses casos, foi explicado que apenas o entrevistador ouviria os áudios no momento da transcrição e que estes seriam excluídos após essa etapa, preservando o anonimato. Além disso, foi afirmado que caso não desejassem o instrumento não seria utilizado, porém, todos os profissionais aceitaram após sanarem suas dúvidas.

5.7 Análise dos dados

Foi pertinente utilizar como análise dos dados a Análise de Conteúdo, pois a mesma possibilitou ir além das superficialidades e explorar profundamente as enunciações. Além disso, acreditou-se ser o mais indicado para analisar dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas.

Bardin (2016) caracteriza a Análise de Conteúdo como análise de comunicações por meio de técnicas específicas que se operacionalizam sistematicamente, objetivando a descrição do teor das mensagens. Por esse espectro, têm intenção de inferir o entendimento sobre as variáveis da comunicação, utilizando por vezes de indicadores quantitativos. Caracteriza-se pela visão aprofundada da comunicação, na qual o analista deve caminhar por duas vertentes: a de compreender o sentido dessa comunicação e se distanciar para perceber outros significados ou mensagens em segundo plano, visando explorar as mensagens e seus significados para buscar o que está por detrás do exposto.

Nessa perspectiva, debruça-se nas variáveis existentes nas mensagens – sendo as informações e as manifestações subjetivas dos sujeitos, não apenas provindas das falas diretas das conversas – através de um mecanismo de dedução, considerando indicadores reformulados com base em um quantitativo de mensagens. A partir disso, foi utilizada como técnica a análise temática que se organiza em três etapas, respectivamente: I) pré-análise; II) exploração do material e III) tratamento dos resultados. Por esse caminho, torna-se necessário expor cada fase separadamente (BARDIN, 2016).

A pré-análise diz respeito a seleção de todo o material coletado na entrevista, formando o corpus da pesquisa, considerando as hipóteses do autor e o objetivo da pesquisa. Desse modo, os áudios foram transcritos na íntegra e organizados, sistematizados e operacionalizados na forma de tabela. Essa fase foi conduzida por cinco eixos, sendo eles:

leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e objetivo, referência dos índices e formulação dos indicadores e preparação do material (BARDIN, 2016).

A leitura flutuante, diz respeito ao momento onde ocorre a imersão nos dados, de forma que na medida que a exploração ocorre, surgem impressões e pontos norteadores (BARDIN, 2016). Minayo (2014, p. 316) acrescenta que, “este momento requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo”.

A escolha dos documentos deve respeitar algumas regras, sendo elas: a exaustividade, onde não se pode deixar de lado quaisquer dados referente ao contexto estudado; a representatividade, por ela se observa as características das amostras; a homogeneidade, na qual a amostra selecionada deve ser bem definida, sem singularidades desnecessárias; a pertinência, que há concordância entre o método de coleta de dados e sujeitos da pesquisa para que seja adequado comparar os casos individuais (BARDIN, 2016; MINAYO, 2014).

No quarto eixo da pré-análise são feitas a referência dos índices e formulação dos indicadores, desse modo o índice diz respeito a forma com que a mensagem é enunciada e de sua importância para o locutor, isso pode ser percebido pela frequência das palavras. Nesse sentido, contabiliza-se a frequência em que o indicador é referido de maneira relativa ou absoluta (BARDIN, 2016).

A preparação do material antecede a análise, o último momento da pré-análise, o mesmo é oportuno para realização das revisões e edições (BARDIN, 2016). Frente a isso, foi elaborado um quadro para facilitar no tratamento dos dados, o mesmo contava com onze linhas que indicavam as falas dos dez profissionais e sete colunas que expressavam as perguntas presentes no instrumento de coleta de dados.

Logo, durante a leitura flutuante foram coloridos os trechos das falas que apresentavam a ideia central da questão, sendo: cor verde, para o que os profissionais acreditavam ser importante em relação aos registros em saúde; amarelo, para o que diziam facilitar a realização dos registros; azul turquesa, para os aspectos dificultadores; rosa, para as sugestões de melhorias para a prática de registrar; vermelho, para o que entendiam por segurança do paciente; cinza, para a relação entre registros em saúde e segurança do paciente; e, marrom, para relatos de erros na assistência em função da falta ou realização inadequada de registros. Na sequência, foram contabilizadas as enunciações conforme a frequência apresentada na tabela, as mais mencionadas foram adotadas como indicadores.

No segundo momento, ocorreu a exploração do material, que consistiu na execução de tudo o que foi construído na fase da pré-análise. Essa é vista como a fase mais longa e cansativa da aplicação dessa técnica, em suma, “consiste em operações de codificação,

decomposição, enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2016, p. 132).

O referido autor define a codificação, como a transformação das informações brutas em conteúdo por meio de recortes, agregação e enumeração. Através dessas regras, torna-se possível a lapidação das informações, evidenciando o conteúdo ou expressão do texto. Novamente, faz-se necessário explicar a respeito dessas categorias de forma individual, a fim de esclarecer o processo de análise.

Dando continuidade ao processo de análise, surge a categorização, que é definida por Bardin (2016, p. 147) como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero com os critérios previamente estabelecidos”. Por esse caminho, foram construídas duas categorias temáticas, sendo a primeira “Considerações e perspectivas de enfermeiros sobre os registros em saúde: importância, aspectos facilitadores e dificultadores” e a segunda “Relação entre os registros em saúde e a segurança do paciente: caracterização, relevância e experiências de enfermeiros”

Logo, o tratamento dos resultados obtidos em seu estado bruto pode ser interpretado de diversas formas, como é o caso de percentagens e da análise fatorial. Na soma disso, “permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise”. Desse modo, o pesquisador pode utilizar os dados para o cumprimento de seus objetivos (BARDIN, 2016, p. 122).

Por fim, as duas categorias foram exploradas e discutidas de forma crítica, expondo algumas falas dos profissionais e buscando na literatura o que os autores pensam a respeito do assunto. Nesse momento, foi possível construir caminhos que permitiram aprofundar as enunciações, a tal ponto de expor a visão humanística e refletir sobre a realização dos registros em saúde e a segurança do paciente.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, primeiramente serão apresentadas algumas características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais entrevistados. Na sequência, será construída uma discussão entre as falas dos profissionais entrevistados e o que os autores contemporâneos pensam a respeito dos temas.

Foram criadas categorias temáticas como resultado dos dados obtidos nas entrevistas, desse modo, a primeira categoria diz respeito a importância dada pelos profissionais aos registros em saúde, facilidades encontradas no seu meio laboral quanto aos registros, bem como os aspectos dificultadores para a realização dos mesmos.

A segunda categoria temática, refere-se as concepções de enfermeiros sobre a segurança do paciente e de sua relação com os registros em saúde. Na soma, serão expostos relatos de profissionais quanto aos erros cometidos na assistência em função da falta ou realização inadequada dos registros em saúde.

6.1 Caracterização dos sujeitos

Dez enfermeiros integraram a pesquisa, sete deles desempenhavam suas funções no turno do dia e os outros três no turno da noite. Todos atuavam em uma das três unidades de internação de adultos e possuíam tempo de formação e de atuação distintos. Pode-se observar essas e outras características dos profissionais no quadro abaixo:

Quadro 1 – Características dos sujeitos

Codiname	Idade	Identidade de Gênero	Tempo de Formação	Tempo de trabalho no setor	Turno de trabalho	Possui pós-graduação
Enf. 01	32 anos	Mulher	10 anos	1 anos	3º turno	Sim
Enf. 02	28 anos	Mulher	6 anos	6 anos	2º turno	Sim
Enf. 03	33 anos	Homem	9 anos	1 mês	3º turno	Sim
Enf. 04	30 anos	Mulher	7 anos	5 anos	3º turno	Sim
Enf. 05	31 anos	Mulher	8 anos	2 anos	2º turno	Sim
Enf. 06	36 anos	Mulher	15 anos	4 anos	2º turno	Sim
Enf. 07	24 anos	Mulher	1 ano	6 meses	1º turno	Não
Enf. 08	42 anos	Mulher	7 meses	7 meses	1º turno	Não
Enf. 09	38 anos	Mulher	7 anos	3 meses	4º turno	Sim
Enf. 10	27 anos	Mulher	1 ano	11 meses	3º turno	Não

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Tendo em vista o exposto, afirma-se que a idade média dos profissionais é de 32,1 anos, nove deles se identificam como mulheres e um deles como homem. Quanto a identidade de gênero dos profissionais de enfermagem, estudos indicam a predominância de mulheres na enfermagem. A profissão é historicamente exercida por mulheres e aos poucos outros gêneros buscam conquistar espaço (SILVA, 2017).

Além disso, o tempo de formação mínimo foi de sete meses e o máximo de quinze anos. Na soma, sete profissionais possuíam pós-graduação, nas áreas de: gestão em enfermagem, docência para educação profissional, urgência e emergência, oncologia, cardiologia, auditoria, UTI e clínica adulto. O tempo mínimo de atuação na unidade foi de um mês e o tempo máximo seis anos.

Em um estudo realizado por Porto e Dall’Agnol (2016) é possível observar que o tempo de atuação dos profissionais interfere na proatividade dos mesmos, de forma que com o passar dos anos os profissionais vão diminuindo seu rendimento. Em contrapartida, os autores destacam que com o passar do tempo os profissionais também adquirem mais experiência e apresentam maior resolutividade.

6.2 Considerações e perspectivas de enfermeiros sobre os registros em saúde: importância, aspectos facilitadores e dificultadores

Nessa categoria temática serão expostos os saberes dos profissionais no que tange aos registros em saúde, aos entendimentos, aspectos que facilitam e fatores que dificultam a sua realização. Além disso, serão indicadas perspectivas sobre o aprimoramento dos registros em saúde visando a melhoria da qualidade da assistência. Por esse caminho, as falas dos profissionais serão analisadas e discutidas de forma crítica, considerando o que outros autores dizem a respeito da temática.

Para Silva (2017), os registros em saúde são importantes pois possibilitam uma fonte de informações quanto a história clínica do paciente. O autor acrescenta que por meio dos registros se torna possível estabelecer uma comunicação entre a equipe multiprofissional, garantindo a continuidade do cuidado e auxiliando na escolha da terapêutica adotada.

No que diz respeito as funções dos registros em saúde, destacou-se entre os enfermeiros entrevistados, a questão do respaldo profissional, que por sua vez, teve a maior incidência nas falas dos profissionais. Sete dos dez enfermeiros entrevistados consideram os registros como a melhor forma de se respaldar quanto a questões judiciais, e associam a isso, o principal motivo para a realização dos registros. Segue abaixo algumas falas de profissionais a respeito

do assunto:

[...] é importante como uma questão de respaldo pra instituição, pro profissional de saúde quanto a realização do procedimento ou qualquer intercorrência caso venha ter um possível, intuito legal ou alguma coisa de justiça a gente tem isso pra nos respalda. (Enf. 01).

Quanto mais a gente registra mais a gente se respalda né... então não adianta a gente fazer, fazer, fazer e não registrar. (Enf. 04).

Registro em saúde é tudo aquilo que tu faz e que tu precisa colocar em algum lugar pra te servir de prova. (Enf. 06).

Em concordância as falas dos profissionais, muitos autores (CHRISTOFFEL et al., 2019; LOPES; ASCARI, 2015; OLIVEIRA; SILVA, 2018) indicam os registros em saúde como um fator determinante para questões éticas e legais, viabilizando o respaldo profissional. Para que isso ocorra, é imprescindível que os mesmos sejam realizados de forma clara, objetiva, completa e que represente a realidade do paciente (LOPES; ASCARI, 2015).

Oliveira e Silva (2018), indicam que além do respaldo ético legal incutido nos registros para fins judiciais, também proporcionam uma segurança quanto a realização de atividades no ambiente de trabalho, ou por sua vez, indicam o motivo que levou o profissional a não realizar algum procedimento. Em função disso, Pinheiro et al. (2017) enfatizam a necessidade de registrar todas as atividades realizadas, pois são consideradas válidas as ações registradas e não apenas as executadas.

Todos os entrevistados ressaltaram a importância de registrar tudo que seja realizado durante o seu turno de trabalho como, por exemplo:

A realização de curativos, as medicações administradas, as intercorrências, as alterações no quadro clínico do paciente. (Enf. 02).

Dentre as formas de registro consideradas por eles, destacam-se os prontuários, tanto o físico quanto o eletrônico, pois consideram um importante instrumento de comunicação entre a equipe multiprofissional. A importância dos registros pode ser observada nas falas dos entrevistados:

[...] o registro de saúde é tudo aquilo que a gente faz no nosso dia a dia junto ao paciente...é um feeling a mais que a gente pode ter. (Enf. 03).

[...] é tudo aquilo que tu observa no paciente... no histórico, na anamnese no exame físico que tu fez ali... ele é essencial. (Enf. 07).

Lopes e Ascari (2015) grifam a importância da realização dos registros em saúde, pois acreditam ser a maneira mais fidedigna de demonstrar a qualidade da assistência prestada ao

paciente e de dar seguimento ao cuidado. Na soma disso, os autores complementam que para legitimar o processo de trabalho é necessário registrar as particularidades de cada indivíduo, não se abstendo em registrar apenas os cuidados básicos. Seguem as falas dos profissionais sobre esses aspectos:

*Aqui são quatro turnos, as vezes a informação não vai até o terceiro ou até o quarto, entende... muitas coisas se perdem por não ser registrado. (Enf. 07).
[...] é a ferramenta mais importante que a gente tem disponível pra pode cuida o paciente e oferece segurança e cuidado pra ele. (Enf. 08).*

Nesse sentido, cabe ressaltar que a falta de registros ou sua realização de forma inadequada podem gerar dúvidas quanto aos procedimentos realizados e na forma com que os mesmos foram feitos. Sendo o prontuário um instrumento de comunicação, o registro da informação deve ser realizado de forma clara para que todos os profissionais possam compreender (LOPES; ASCARI, 2015; OLIVEIRA; SILVA, 2018).

Pinheiro et al. (2017) e Lopes e Ascaris (2015) referem que a realização adequada dos registros está diretamente relacionada com a melhoria da qualidade da assistência e planejamento assistencial. Não é possível manter a qualidade da assistência sem que ocorra uma comunicação eficaz entre a equipe (CARNEIRO et al., 2016).

No que diz respeito as facilidades encontradas na execução dos registros, os profissionais destacam em suas falas o uso do prontuário eletrônico, como uma ferramenta capaz de otimizar o tempo destinado a realização dos registros. Essa tecnologia tem sido considerada prática e eficiente pelos profissionais, conforme é expresso nas falas a seguir:

*[...] o sistema operacional, que facilita bastante o registro por não ser manual, então o registro é mais rápido pelo fato de tu já ter os links ali, então tu consegue puxar, agiliza o processo. (Enf. 01).
O sistema informatizado facilita bastante que tu tenha acesso a todas informações então caso exista alguma dúvida tu consegue entra no sistema pra vê se é aquilo mesmo. (Enf. 03).
A tecnologia que contribui pra nós, porque antes tu tinha que senta, tinha que escreve... ali no computador tu pode senta, evoluir e salvar. (Enf. 07).*

Em conformidade com as falas dos profissionais, os autores acrescentam como facilidade no uso do sistema informatizado a capacidade de bloquear automaticamente nos casos em que faltam informações importantes para a conclusão do registro padronizado. Além disso, a utilização de campos abertos para descrever particularidades dos indivíduos associada a questões fechadas favorecem o registro completo e facilitam o processo de trabalho (SILVA, 2017).

Nesse sentido, Tase, Quadrado e Tronchin (2018) chamam a atenção quanto a necessidade de criar um alerta no prontuário eletrônico diferenciando pacientes nos casos em que os nomes e sobrenomes sejam iguais. Os autores acreditam que essa estratégia é capaz de oferecer uma maior segurança ao paciente hospitalizado.

Assim como no prontuário físico o prontuário eletrônico possibilita o acompanhamento da evolução do paciente de forma cronológica, além de que a forma digital evita a propensão de decorrentes rasuras ou letras ilegíveis, facilitando a compreensão do registro. Na soma, os dados salvos permanecem armazenados e organizados conforme as informações vão sendo acrescentadas, evitando o acúmulo de registros impressos e conseqüentemente o seu extravio (SILVA et al., 2019).

Ribeiro et al. (2018) indicam o registro eletrônico como um facilitador do processo de trabalho, pois permite acessar todas as informações relacionadas ao cuidado e diminuí custos da instituição decorrentes de materiais para impressão. Além disso, consideram uma ferramenta útil tanto qualitativamente quanto quantitativamente no acompanhamento do paciente.

Outro fator indicado de maneira frequente nas falas dos profissionais é a importância de ter um quadro de funcionários suficiente e adequado para a realização das atividades necessárias. Esses aspectos podem facilitar o processo de trabalho, a realização dos registros e viabilizar uma melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente, conforme expressado nas falas a seguir:

[...] uma equipe adequada pra o que tu tem que fazer no teu setor né... conforme atividade que tu tem [...]. (Enf. 03).

Em primeiro lugar tu tem que ter uma equipe com quadro de profissionais completo [...]. (Enf. 09).

Em concordância as falas apresentadas, Leite e Silva (2018) reafirmam a necessidade de ter um quantitativo de profissionais adequado conforme a necessidade do local, e, que os mesmos sejam qualificados para o desempenho de suas funções. Esses aspectos permitem a realização dos registros com maior tranquilidade em relação ao tempo disponível, em vista disso, os registros contribuem para a melhoria da assistência e conseqüentemente para a redução de eventos adversos.

O quantitativo de pessoal de enfermagem, conforme a realidade da unidade e a complexidade dos cuidados destinados aos pacientes, permitem que cada profissional gere suas atividades de acordo com o tempo disponível. Desse modo, os registros podem ser feitos

em algum momento do turno em que o profissional tenha disponibilidade.

Contudo, há necessidade de explicar as diversas dificuldades encontradas pelos enfermeiros na realização dos registros. A dificuldade mais presente nas falas dos profissionais, diz respeito a sobrecarga profissional em decorrência da grande demanda de trabalho, conforme pode ser analisada na fala a seguir:

[...] hoje em dia na minha demanda é complicado senta e faz uma notificação, ou eu fazo um registro bem completo do paciente que eu vi, que ele tem risco disso, daquilo, daquele outro... Então assim, eu tenho muita expectativa e eu acabo não trazendo isso pra minha realidade... eu não vivo isso que eu faço... ainda pela questão de falta braço. (Enf. 02).

Na fala é possível perceber um sentimento de impotência expressado pelo profissional em virtude da sobrecarga de trabalho e por não ser capaz de realizar os registros da forma que gostaria. A respectiva enfermeira é a entrevistada com maior tempo de contribuição na instituição, sendo importante refletir quanto a possibilidade de estar apresentando sofrimento no trabalho e/ou desmotivação pessoal, em função da sobrecarga de trabalho.

Lopes e Ascari (2016) indicam a grande demanda de atribuições dos profissionais de enfermagem como fator relacionado com a falta ou incompletude dos registros em saúde. Os autores acrescentam que os profissionais se veem forçados a priorizar a realização dos procedimentos em virtude da demanda e realizam os registros de modo superficial, tal fato é possível observar na seguinte fala:

Existe a demanda de trabalho... muitas vezes a gente passa a tarde e o dia correndo, é muita coisa que tem pra fazer e acaba esquecendo ou o pessoal acaba não tendo muito tempo e registrando pouca coisa ou nem tudo que fez. (Enf. 04).

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais é a falta de tempo para realizar os registros de todas as atividades desenvolvidas durante o turno de trabalho, conforme foi analisado na fala citada acima. Outros profissionais também atribuem a falta de tempo como empecilho para a realização dos registros.

Falta de tempo de poder sentar e fazer uma evolução completa conforme os nossos olhos veem o paciente, porque o que a gente coloca assim é muito dinâmico né... coloca somente aquilo que tu observa que tá alterado no paciente mas o resto a gente acaba não descrevendo. (Enf. 06).

Os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo cuidado direto ao paciente com maior intensidade que qualquer outro profissional, por essa razão a demanda de trabalho

aliada ao número reduzido de profissionais interferem diretamente na realização dos registros. Logo, a falta de tempo também está relacionada a falta de registros ou a sua realização incompleta (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017; GOMES et al., 2016).

Leite e Silva (2018) resgatam o modelo assistencial adotado em várias instituições, onde o processo de trabalho é fragmentado e cada profissional fica responsável pela execução de uma atividade para todos os pacientes, como a realização de banho, verificação de sinais vitais e administração de medicamento. Esse modelo é uma tentativa de suprir a falta de profissionais e agilizar o processo de trabalho, porém é contrário ao modelo da integralidade do cuidado.

Nessa perspectiva, Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016) mencionam que cada vez mais a demanda e complexidade de cuidados aumentam e conseqüentemente dificultam a prestação do cuidado. Em função disso, recomenda-se a realização do cálculo de redimensionamento do pessoal de enfermagem para que sejam explicitadas as reais condições de trabalho.

Na sequência, é importante que seja feita uma divisão de trabalho pautada na equidade, pois não se pode dividir o número absoluto de pacientes pelo total de profissionais sem levar em consideração o nível de dependência de cada paciente. Essa divisão tende a evitar que os profissionais responsáveis por pacientes com alta dependência sejam sobrecarregados, enquanto outros profissionais fiquem responsáveis por pacientes autossuficientes com necessidade de cuidados mínimos.

Por essa razão, a escala de trabalho é compreendida como um instrumento importante para a organização do trabalho da enfermagem que deve levar em consideração as variáveis: espaço físico, demanda de trabalho, complexidade da assistência e a função executada. Além disso, torna-se necessária uma avaliação contínua do rendimento no intuito de realizar rodízios entre as funções para evitar a sobrecarga de profissionais específicos (LEITE; SILVA, 2018).

Nesse sentido, surge a necessidade de atentar para uma organização de trabalho que explore ao máximo as facilidades e atenuie as dificuldades, pois além do tempo e de recursos humanos, também é essencial possuir estrutura física para realizar os registros, dispondo de uma rede de computadores e acesso à internet, pois a informatização pode tanto auxiliar quanto prejudicar o processo de trabalho (COSTA; PORTELA, 2018). Essa realidade é demonstrada pela seguinte fala:

A dificuldade que eu vivencio é o acesso ao computador... tu acaba vendo muita informação do paciente mas quando eu chego lá na ponta eu não consigo registrar... pelo fato de não ter o acesso ao computador... quando tu sentar que vagou o

computador alguém já vai te pedir alguma coisa e tu vai deixando aquilo pra depois e acaba então que a gente peca muito em não registrar grandes coisas do paciente. (Enf. 02).

Em função disso, torna-se imprescindível desenvolver estratégias para facilitar a realização dos registros em saúde, ou mesmo, aperfeiçoar o uso de instrumentos padronizados na instituição. Exemplo disso, são os instrumentos burocráticos utilizados pela equipe de enfermagem em seu processo de trabalho, os formulários e checklists, surgem no intuito de facilitar a realização dos registros e reduzir a sobrecarga de trabalho.

Nesse sentido, esses instrumentos devem ser de fácil preenchimento, evitando a necessidade de informar dados básicos repetidas vezes, pois em decorrência a isso se perde muito tempo durante o turno de trabalho. Sugere-se a implementação de registros padrões e com informações pertinentes (COSTA; PORTELA, 2018).

Outro aspecto que requer atenção é a utilização de siglas, há aquelas padronizadas que fazem parte da rotina de registro de cada instituição, entretanto, quando a utilização não obedece essa padronização, expõe-se um risco de ocorrer erros na assistência, comprometendo a segurança do paciente em função da dificuldade de interpretação (CARNEIRO et al., 2016).

Dentre as falas analisadas, em relação as perspectivas dos profissionais sobre a assistência prestada ao paciente, destaca-se o desenvolvimento de um registro padrão para facilitar a sua realização, conforme é indicado na fala abaixo:

*O que poderia ser melhorado é um registro padrão mas deveria ser o mesmo pra todos os setores, todas as áreas, todos os turnos do setor da instituição. (Enf. 01).
Uma evolução padrão seria a melhor forma eu acho... um modelo de evolução específico, que a gente conseguisse ir completando assim... seria um norteador também pra alguns técnicos que talvez não saibam incluir a sequência correta ou o que tem que conter nesses registros né. (Enf. 10).*

A padronização dos registros em saúde possibilita a uniformização da comunicação, viabilizando a compreensão por todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente. Desse modo, diminui os riscos de ocorrência de incidentes decorrentes da dificuldade de interpretação dos registros existentes (LEAL et al., 2017).

Souza et al. (2015) indicam a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como estratégia de enfrentamento aos registros inadequados, pois permite a utilização de uma linguagem padrão, formalizando a realização de diagnóstico, intervenção e resultados da prática da enfermagem. Nesse sentido, baseia-se em sete eixos, sendo: I – Foco, II – Juízo, III – Recursos, IV – Ação, V – Tempo, VI – Localização, VII – Cliente. Logo, a CIPE® adota um

modelo de terminologias padronizadas para o exercício da enfermagem e permite a inserção de novos diagnósticos caso não sejam contemplados no modelo vigente, respeitando alguns critérios específicos (COFEN, 2016).

Nesse sentido, a padronização da linguagem na realização dos registros possibilita uma melhoria na comunicação entre as equipes e conseqüentemente proporciona uma maior segurança para o paciente. Outro aspecto sugerido nas falas dos profissionais é a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois essa experiência têm sido positiva no ponto de vista da respectiva profissional, conforme é indicado na fala a seguir:

A gente tá conseguindo resgatar isso com a instituição da SAE no setor porque tu consegue ver o paciente mais como um todo [...]. (Enf. 06).

Tendo em vista o exposto, é pertinente destacar a importância da SAE para o cuidado com o paciente, pois permite desenvolver a assistência de maneira integral. Logo, deve-se ter em mente quais as informações que necessitam ser registradas durante esse processo. A Resolução do COFEN de número 358 de 2009 que dispõe sobre a SAE e o Processo de Enfermagem, determina em seu Art. 6º a necessidade de registrar formalmente os seguintes aspectos: I – um resumo das informações coletadas do paciente; II – os diagnósticos de enfermagem estabelecidos; III – as ações ou intervenções de enfermagem realizadas frente os diagnósticos estabelecidos; IV – e, os resultados alcançados com as intervenções realizadas (COFEN, 2009).

Nesse sentido, a SAE possibilita um acompanhamento da situação de saúde do paciente e favorece a percepção dos riscos relacionados a assistência de saúde, desse modo, contribui para a tomada de decisões. A partir disso, pode-se agir na prevenção dos riscos existentes e promover a segurança do paciente por meio de uma assistência segura pautada na cientificidade.

A SAE e a segurança do paciente são imprescindíveis na atuação da enfermagem, por essa razão, é necessário investir em atividades educativas para sensibilizar os profissionais envolvidos e alinhar o processo de trabalho a um objetivo comum. Diante disso, deve-se capacitar os profissionais para a utilização da SAE com maior facilidade, dentre as falas dos profissionais relacionadas a esse aspecto, destacam-se:

Eu acho que é muito importante as capacitações, as orientações com os funcionários diariamente. (Enf. 04).

Menegon, et al., (2019) vão ao encontro da fala apresentada destacando a importância de capacitações para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente. Essas capacitações podem ser oferecidas pela própria instituição ou buscadas individualmente pelos profissionais interessados em aprimorar seus conhecimentos.

A educação continuada surge nesse sentido, “como um conjunto de práticas educacionais que visam melhorar e atualizar a capacidade funcional do indivíduo no trabalho, favorecendo o desenvolvimento e a sua participação eficaz na vida institucional” (NOGUEIRA; ANDRADE; SANTOS, 2019, p. 25). Por esse caminho, espera-se envolver o profissional nas questões voltadas a segurança do paciente.

Conforme Nogueira, Andrade e Santos (2019, p. 25) “a educação não é apenas um processo institucional e instrucional”, pois é construída e influenciada pelas particularidades do ser humano. Por sua vez, a educação permanente em saúde apresenta como maior desafio a compreensão dos profissionais de que eles fazem parte do ambiente em que trabalham, e por essa razão, devem desenvolver as suas atividades com responsabilidade através de um olhar crítico reflexivo.

É necessário o compromisso de todos os profissionais para que seja possível transformar o ambiente de trabalho, adotando a cultura de segurança e implementando melhorias na qualidade da assistência. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de registros padrões para facilitar o processo de trabalho dos profissionais, utilizando uma linguagem compreensível por todos. Na soma, indica-se a implementação da SAE como estratégia de reorganização do processo de trabalho e a potencialização das ações de educação permanente em saúde.

6.3 Relação entre os registros em saúde e a segurança do paciente: caracterização, relevância e experiências de enfermeiros

Nessa categoria temática serão indicadas as percepções dos enfermeiros entrevistados a respeito da segurança do paciente e de sua relação com os registros em saúde. Além disso, serão retratadas algumas experiências dos profissionais referentes aos erros ocorridos na assistência em função da falta ou realização inadequada dos registros em saúde.

A segurança do paciente diz respeito a prevenção de danos causados ao indivíduo pela assistência prestada ou pela falta dela, além disso, busca reduzir ao máximo possível os riscos existentes que de alguma forma podem prejudicar a integridade do ser humano (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018; COSTA, 2018). Os danos a que se referem são definidos

como incidentes, na maioria das vezes, evitáveis com medidas simples na implementação de cuidados (MATOS, 2018).

Quando exploradas as falas dos profissionais entrevistados no que diz respeito às suas concepções sobre a segurança do paciente, oito dos dez enfermeiros acreditam que a mesma está relacionada com a redução dos riscos e erros envolvidos na assistência prestada, que podem ou não impactar no paciente. Conforme expressam as falas abaixo:

É tudo aquilo que a gente pode evitar e diminuir os riscos... que pode ter um impacto na integridade do paciente seja física ou até mental. (Enf. 03).

Segurança do paciente é tudo aquilo que tu possa assegurar pra ele um atendimento eficaz, seguro e que não cause dano pra saúde dele, mais do que ele já está prejudicado na sua doença. (Enf. 06).

É tudo aquilo que visa a segurança mesmo do paciente pra não ocorrer um erro, ou um quase erro ou um dano (Enf. 07).

Logo, torna-se importante destacar que quando se trata sobre a segurança do paciente e prevenção de danos, não se pode considerar apenas os erros já cometidos. Os “quase erros” (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018) são considerados riscos, pois demonstram uma série de falhas nas barreiras de prevenção, nesse contexto, deve-se pensar que se quase ocorreu uma vez, há suscetibilidade de novas ocorrências até que as falhas sejam corrigidas.

Barbosa, Lieberenz e Carvalho (2018) caracterizam o “quase erro” como incidentes detectados antes de acometer o paciente ou que não cause danos ao mesmo. Nesse sentido, os autores caracterizam como eventos adversos os incidentes que acometem o paciente, causando danos ou lesões que, por sua vez, podem comprometer a curto ou a longo prazo a qualidade de vida do paciente e até mesmo causar a sua morte.

Por essas razões, torna-se fundamental desenvolver a segurança do paciente de forma crítica, investindo em estratégias organizacionais de prevenção e de educação profissional, para que os mesmos identifiquem os riscos e implementem ações de enfrentamento. A fala a seguir demonstra a percepção alinhada com o conceito mais contemporâneo sobre a segurança do paciente:

Antes eu tinha muito a ideia restrita que a segurança do paciente é levantar a grade, coisas muito específicas, mas depois me aprofundando mais eu fui entender que a segurança do paciente é tudo que tu faz...desde quando a gente vai usar uma luva, desde quando a gente entrou no quarto e viu que aquela cama de repente não tá levantando a cabeceira o que que pode acontecer porque a gente treina muito o nosso olhar pro pós né... tu vê um paciente que tomou uma medicação pra ficar dormindo, que tomou às oito da manhã e ele vai tomar banho, tem um dia inteiro cheio e tu vai dá aquela medicação às oito por quê? Se ele vai ficar cambaleando... ele vai levantar ... ele pode cair, ele pode isso, ele pode aquilo...Então esse conjunto

todo... pra mim antes era muito específico, eu achava que a segurança era só proteção ali e pronto acabo. (Enf. 02).

Tendo em vista o exposto, cabe refletir sobre todo o contexto em que o paciente está inserido, considerando suas próprias limitações, estrutura física e assistência prestada. As medidas utilizadas para proteção individual são extremamente importantes para preservar a integridade do paciente, como por exemplo, erguer grades do leito para reduzir o risco de queda, erguer a cabeceira a fim de evitar aspiração de alimentos por pacientes com dificuldades de deglutição, realizar mudanças de decúbito para evitar cisalhamento e aliviar os pontos de pressão.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem além de executar essas atividades de prevenção deve estar atenta quanto as prescrições realizadas por outros profissionais, pois é comum a ocorrência de erros de digitação que podem ocasionar algum tipo de incidente. Logo, as prescrições devem ser seguidas criteriosamente, respeitando o aprazamento e necessidade de administração para o paciente.

Por esse caminho, os profissionais entrevistados destacam a importância de identificar situações de risco para que seja possível prevenir a ocorrência de incidentes. Como ferramentas utilizadas por eles, destacam-se a pulseira de identificação do paciente e as pulseiras de sinalização de risco de queda e de alergias, conforme as falas a seguir:

*[...] a gente tem a pulseira de identificação, e a prevenção da escala de Morse que tu bota a pulseira amarela pra vê que aquele paciente têm risco de queda. (Enf. 02).
[...] o paciente alérgico a uma medicação, tava com a pulseira identificando, uma pulseira vermelha com o nome da medicação que ela era alérgica. (Enf. 05).*

Tase, Quadrado e Tronchin (2018) consideram a utilização de pulseiras para identificação correta do paciente um fator positivo, desde que contenha informações como nome completo do paciente, nome da mãe, data de nascimento, número de identificação, leito e outras informações consideradas importantes. Na soma disso, é necessário aproximar o paciente e os acompanhantes do cuidado, reforçando a importância e a função empregadas a pulseira no intuito de fortalecer a segurança do paciente. Quanto a utilização de pulseiras com cores diferentes, Trindade et al. (2019) destacam a importância de seguir o protocolo da instituição que implementa a ação, pois as cores podem ser interpretadas de diferentes formas conforme cada local. Além disso, sugerem o registro em prontuário do paciente reforçando a informação do uso da pulseira e contribuindo para manter a segurança do paciente.

Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre o que os registros em saúde representam

para a segurança do paciente. Quando explanadas as concepções dos enfermeiros entrevistados a respeito desse aspecto, todos acreditam ser essencial, pois os registros indicam características do paciente e informações quanto a assistência prestada ao mesmo. A importância atribuída pelos profissionais está exposta nas falas que seguem:

Os registros na verdade são os mais importantes pro paciente é ali que tá descrito tudo corretamente. (Enf. 01).

Eu acho que representa tudo, porque tu vai passa um plantão, muitas vezes tu passa o básico e depois, o todo... Então muitas vezes a gente se reporta pras evoluções anteriores do turno passado... do que que fez, do que que não fez é por isso que é importante ter um registro completo. (Enf. 04).

O registro é tudo né... ali tu coloca o que tu fez, pra não repetir exames, isso aí gera, às vezes, até uma picada a mais no paciente que não teria necessidade né... uma sondagem a mais pra coletar um EQU. (Enf. 06).

Eu acho meio redundante falar mas representam a própria segurança do paciente, se tu registra é segurança pro paciente, que a gente fez certo [...]. (Enf. 09).

Matos (2018) vai ao encontro das falas expostas, destacando a importância dos registros em saúde para preservar a segurança do usuário de saúde, partindo do pressuposto de que os registros possuem todas as informações inerentes ao cuidado. Por essa razão, inexistente a possibilidade de dar continuidade a assistência de forma integral sem que sejam estabelecidos pontos de partida acertados entre a equipe multiprofissional.

Tendo em vista a importância dos registros na garantia de segurança para o paciente, devem ser considerados os instrumentos utilizados pelos profissionais para sua realização. Além do prontuário, outros locais de registro são mencionados nas falas dos enfermeiros, como é o caso do checklist e da grade de passagem de plantão, conforme é expresso na fala a seguir:

[...] seja registro no prontuário do paciente, seja registro em passagem de plantão, porque às vezes tu vai falar alguma coisa e o colega não tá prestando atenção ou tá recebendo um monte de informação. (Enf. 05).

Reis et al. (2018) indicam o uso de checklist como ferramenta capaz de facilitar a realização dos registros e contribuir para a segurança do paciente devido a facilidade de compreensão das informações presentes no mesmo. Outro benefício de sua utilização é a possibilidade de seguir uma sequência de questões, norteando o profissional a coletar todos os dados necessários, evitando a incompletude dos registros.

No que se refere ao uso de instrumentos destinados a passagem de plantão, Nascimento et al. (2018) destacam a necessidade de desenvolver um olhar crítico sobre as informações importantes para o paciente. Além disso, a existência de um instrumento com essa finalidade

atribui teor científico aos registros e por isso, nesse instrumento os registros são considerados fundamentais para a prestação da assistência e segurança do paciente, conforme é indicado na fala abaixo:

Se tu tiver registrando, anotando isso, no prontuário ou na nossa grade de passagem de plantão é um registro... vai tá ali... e tu vai tá criando uma proteção maior pro paciente. (Enf. 05).

Logo, todas as informações registradas, seja em prontuário, checklist ou instrumento de passagem de plantão são essenciais para a continuidade do cuidado entre as equipes. Por essa razão, é fundamental que todos os registros sejam realizados de maneira completa e fidedigna para que sejam evitados erros na assistência que impactem na segurança do paciente.

Reis et al. (2018) entendem que os registros em saúde e a segurança do paciente estão interligados durante toda a hospitalização do paciente, sendo necessário um registro completo de todas as informações e ações relacionadas ao paciente. Em função disso, torna-se possível manter uma comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, conforme é indicado nas falas a seguir:

O nosso cuidado aqui dentro vai muito além do olhar, ver se tá com dor, tá sem dor, tá comendo ou se não tá comendo... a gente sabe, a gente percebe eles e se tu tem isso anotado em algum momento que tu observou que hoje ele tá mais prostrado do que ontem, ou que hoje ele tá confuso, ontem ele não tava isso faz a diferença porque vão ver se a confusão é de algum remédio... de alguma outra coisa... então faz muita diferença. (Enf. 02).
Tu tendo aquela anotação, aquela complexidade das coisas... é muito mais fácil até pra ti discutir com a equipe multiprofissional. (Enf. 02).

Nos trechos mencionados acima, as enfermeiras se referem aos registros realizados pelos profissionais no prontuário do paciente, onde posteriormente outro profissional o acessa para definir a terapêutica a ser seguida e acompanhar a evolução clínica do paciente. Desse modo, o prontuário serve como instrumento de comunicação, centralizando os registros realizados.

A comunicação, por sua vez, garante que todos os profissionais mantenham uma sincronia e a continuidade do cuidado de forma adequada. Dessa forma, Strefling et al. (2018) mencionam a necessidade de alinhar o objetivo esperado pela instituição e por todas as categorias profissionais para que não ocorram desvios nas condutas que garantem a segurança do paciente.

Cabe ressaltar que a comunicação efetiva é considerada um dos pilares centrais para o desenvolvimento de uma cultura de segurança e necessária para o processo de acreditação

hospitalar (MARQUES et al., 2019). Com isso, reitera-se a necessidade de realizar os registros de maneira adequada, pois como indicam as falas abaixo:

*[...] é assim que a gente se comunica com todas as equipes. (Enf. 08).
É essencial porque a gente precisa saber tudo que aconteceu naquelas 24h com o paciente. (Enf. 10).*

Nesse sentido, Matos (2018) indica a relação entre a realização inadequada dos registros em saúde com a ocorrência de erros na assistência, que consequentemente podem ocasionar eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente. Como sugestão, menciona a necessidade de seguir protocolos institucionais e cumprir o estipulado pela legislação no que tange a segurança do paciente.

Farias, Santos e Góis (2018) consideram a falta de registros uma das principais causas de ocorrência de eventos adversos, pois dificulta a comunicação efetiva entre os profissionais. Tendo em vista que a comunicação entre a equipe, tanto oral quanto escrita, é fundamental para a execução adequada dos cuidados de saúde, torna-se necessário reconhecer as dificuldades encontradas nesse aspecto e desenvolver estratégias de enfrentamento visando a segurança do paciente.

Nesse sentido, ressalta-se que os detalhes percebidos durante a assistência devem ser registrados integralmente, porque ao acompanhar a frequência em que surgem esses sinais podem ser detectadas mudanças no quadro clínico que comprometem a segurança do paciente. Por vezes, os profissionais não consideram as alterações relevantes e deixam de registrar as informações, embora seja importante descrever todos os detalhes da assistência prestada tendo clareza das possíveis alterações.

Além disso, a existência de registros completos e fidedignos também possibilita o planejamento das ações, pois permite avaliar as necessidades, ponderar os riscos e implementar cuidados específicos para cada situação apresentada pelo paciente. Por essa perspectiva, seguem as falas das enfermeiras:

*Eu acho que o registro sempre deve acontecer porque a partir dos registros se pode tomar alguma conduta né. (Enf. 07).
[...] a gente entende o que ta acontecendo com o paciente e consegue planeja o que a gente vai fazer através do que a gente recebeu de registro. (Enf. 08).*

Em função disso, torna-se necessário refletir quanto a qualidade desses registros, levando em consideração a importância atribuída pelos profissionais para a segurança do paciente. No que diz respeito às falas dos profissionais entrevistados sobre a ocorrência de

erros em suas experiências, não houve predominância de alguma natureza, porém, os “quase erros” (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018) são considerados frequentes no dia-a-dia dos enfermeiros. Dentre os incidentes mais frequentes, expressos nas falas dos profissionais, destaca-se a falta de registros, conforme é indicado abaixo:

Aah sim.. erros tu vê todos os dias... esse da diurese que foi coletada e que não foi registrada no protocolo de recebimento do laboratório foi um, o paciente necessitou coleta o exame de novo e no momento tava impossibilitado de te uma diurese espontânea e necessitou ser sondado [...] coletas de exames de sangue que não foram registradas, paciente coletou duas vezes [...] gasometria que não tinha registro nenhum em prontuário, precisou ser picado duas vezes [...] sobre curativos que não tinha sido colocado em local nenhum que o curativo não era pra ser aberto e a equipe abriu né, ou ao contrário, não tinha sido prescrito nem orientado a equipe a fazer e o paciente permaneceu com o curativo fechado além do tempo que necessitava [...] Os erros acontecem todos os dias, se a gente for ver prontuário por prontuário são vários durante o dia em função da falta de registros. (Enf. 06).

Tendo em vista as inúmeras situações relatadas pela Enf. 06, pode-se perceber que os erros nem sempre causam grandes danos aos pacientes e, em alguns momentos, podem passar despercebidos. Porém, é fundamental que o profissional encare as ações com sensibilidade e humanização a fim de amenizar o sofrimento causado pela falta de saúde e desconfortos decorrentes de procedimentos.

Na soma, os registros favorecem a prestação da assistência e, quando realizados de forma adequada, diminuem os riscos de ocorrência de erros ou danos ao paciente (MARQUES, 2019). A falta de registros também é indicada por outros profissionais como responsável pela incidência de erros na assistência, conforme é possível analisar nas falas a seguir:

*Paciente alérgico a alguma medicação e mesmo assim administrada porque não foi registrada a alergia no sistema. (Enf. 07).
Aconteceu de paciente te um procedimento cirúrgico marcado, que não foi registrado, e por não ter sido registrado ele não entro em NPO e de manhã me ligaram pedindo pra descer o paciente e o paciente já tinha se alimentado. (Enf. 08).*

As falas expressas refletem as consequências causadas aos pacientes em função da falta de registros, com isso, torna-se necessário refletir quanto a gravidade dos erros ocorridos. Logo, percebe-se a variação dos riscos em que os pacientes estão expostos, na sequência, a ocorrência de outro erro é relatada:

O paciente tinha um acesso central e tinha sonda nasoenteral, daí o técnico ao invés de colocar a água na sonda nasoenteral colocou no acesso central e não foi

evoluido nada em prontuário e o paciente não foi monitorado quanto a isso. (Enf. 07).

Os profissionais devem ser estimulados a relatar a ocorrência de erros na assistência, não no intuito de realizar críticas negativas ou tomar atitudes de caráter punitivo, mas para fazer o possível para corrigir o erro antes que cause danos ao paciente (MARQUES et al., 2019). Além disso, é necessária a realização de notificações de eventos adversos para que seja possível identificar os riscos existentes e atuar na prevenção de novas ocorrências (ALVES et al., 2018).

Na soma, os pacientes envolvidos nos erros ou que sofreram eventos adversos decorrentes da assistência prestada possuem o direito de saber a respeito do fato ocorrido (MARQUES et al., 2019). Nesse sentido, o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP, 2019) se refere ao momento em que o profissional comunica a ocorrência do evento adverso ao paciente como disclosure.

Além da falta de registros, outros fatores contribuem para a ocorrência de erros na assistência prestada, como é o caso das prescrições realizadas de forma errada, conforme é indicado na fala a seguir:

Erro de prescrição médica a gente tem muito... a via errada e dose errada... então muitas vezes a gente tem que liga pro médico, tem que conferi "O senhor pediu mesmo cinco frascos de tal medicação, quer mesmo que faça tantos ml" daí as vezes eles dizem " não não isso é cópia, não não eu errei...", esses dias foi prescrito seis soros com cinco ampolas de potássio cada um... era um esquema né... (Enf. 04).

As prescrições médicas são consideradas por Souza, Silva e Almeida (2018) como um instrumento essencial para a assistência a saúde, logo, é necessária sua realização com empenho. Na soma, indicam a falta de compromisso profissional com o doente e a falta de preparo técnico-científico dos profissionais como fatores envolvidos na realização de prescrições inadequadas ou na interpretação das mesmas.

Além disso, os autores supracitados indicam o erro de prescrição como o mais frequente, chegando a representar mais de 40% dos erros envolvendo medicações. Diante disso, deve-se estabelecer estratégias para que esses erros sejam identificados antes da administração dos medicamentos, evitando a sequência do erro.

A falta de atenção no momento de interpretar as prescrições pode ocasionar a reprodução do erro, como é indicado na fala abaixo:

[...] a via correta de administração da medicação, por exemplo, uma lactulose que vem numa seringa na qual a seringa é igual a seringa que é feita na via endovenosa, então isso a gente tem que te bastante atenção, porque quase deu a da lactulose uma vez uma técnica já ia administrar endovenosa quando eu vi... porque a seringa era muito parecida e ela não prestou atenção que era outro via na prescrição. (Enf. 03).

A via escolhida para cada medicação vai depender da sua apresentação e das condições em que o paciente se encontra. Para Silva e Santana (2018), a administração de medicamentos por via errada é mais frequente quando utilizada a via endovenosa em função da falta de verificação da medicação pelo profissional que administra a mesma. Destacam que a administração inadequada por essa via pode repercutir em danos graves ao paciente ou até mesmo o levar a óbito.

Nesse sentido, Guzzo et al. (2018) indicam a adoção da dupla checagem da prescrição como método capaz de auxiliar na prevenção dos erros de administração de medicamentos por via errada. Além disso, recomenda-se a verificação dos 10 certos de enfermagem antes da administração das medicações, sendo eles: “1 – Paciente certo; 2, Medicamento certo, 3 – Dose certa, 4 – Via certa, 5 – Hora certa 6 – Tempo certo, 7 – Validade certa, 8 – Abordagem certa, 9 – Previsão certa, 10 – Registro certo” (SILVA e SANTANA, 2018, p. 151).

Outra situação relatada pelos profissionais foi a ocorrência de erros relacionados a realização de procedimentos em pacientes errados. Desse modo, tanto o paciente que foi submetido a um procedimento que não precisava quanto aquele que não foi submetido foram afetados, pode-se observar na fala do profissional:

Por falta de registro, por falta de informação, por falta de comunicação foi feito um procedimento num paciente errado. Era um cateterismo, um CAT. (Enf. 09).

Mesmo tendo danos diferentes, ambos os procedimentos impactaram na segurança do paciente. A realização de uma sondagem vesical de alívio gera desconfortos e expõe o paciente ao risco de infecção enquanto a realização de um cateterismo pode causar alterações no ritmo cardíaco e expõe o paciente ao risco de infecção.

Guerra (2019) afirma que a realização de procedimentos em pacientes errados acontece devido à falta de comunicação entre a equipe e entre os setores da instituição. Outro aspecto envolvido nessa prática inadequada é a falta de identificação do paciente ou a sua realização de forma errada, bem como, a passagem de caso entre os profissionais de diferentes unidades.

Torna-se necessário reiterar a importância de elaborar estratégias para preservar a segurança do paciente, buscando manter uma comunicação efetiva, registros adequados e a identificação correta do paciente. Além disso, as instituições interessadas em passar pelo

processo de acreditação devem ter como objetivo a prestação de uma assistência segura e eficiente. Ainda, devem ser consideradas as metas internacionais de segurança do paciente estabelecidas pela *Joint Commission International* juntamente com a Organização Mundial da saúde que propõe: I – identificar corretamente o paciente; II – melhorar a comunicação efetiva; III – melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; IV – assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; V – reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e, VI – reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (TELESAÚDE SC, 2019).

Então, a segurança do paciente necessita de um olhar mais sensível da parte dos gestores pois não é possível manter a qualidade da assistência e cumprir com as metas estipuladas somente alterando as atribuições e delegando tarefas aos profissionais que estão diretamente na assistência ao paciente. Tendo em vista a importância dos registros para a segurança do paciente, reflete-se quanto a necessidade de atuar na prevenção das causas dos erros e não se deter apenas em contornar as consequências.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidente nesse estudo a importância atribuída pelos profissionais enfermeiros aos registros em saúde, principalmente quando relacionados ao respaldo ético e legal e a melhoria da qualidade da assistência. A utilização de prontuário eletrônico tem demonstrado ser uma ferramenta eficaz na realização dos registros em saúde, embora não seja capaz de solucionar todos os problemas envolvidos na falta de registros ou de sua realização inadequada. Por isso, há necessidade de reorganizar o ambiente de trabalho, buscando sensibilizar os profissionais a respeito da importância de seus registros. Além disso, deve-se respeitar o dimensionamento de pessoal de enfermagem, pois a sobrecarga profissional e a falta de tempo, expõe os profissionais ao estresse ocupacional, bem como, impacta na qualidade da assistência e coloca em risco a segurança do paciente.

Por sua vez, a segurança do paciente tem ganhado bastante repercussão em função das metas internacionais e do processo de acreditação que várias instituições estão aderindo, porém, o foco da segurança do paciente deve continuar sendo a redução dos riscos envolvidos na assistência prestada a saúde. Para isso, é necessário concentrar as ações de prevenção nas causas que levam a ocorrência dos erros na assistência e não apenas mediar as consequências dos eventos adversos, pois a garantia de uma assistência segura é fundamental no cuidado ao paciente hospitalizado. Não obstante, é fundamental aprimorar os recursos humanos, a fim de realizar os registros em saúde de maneira adequada, assegurando a segurança do paciente.

Salienta-se a necessidade de realização de outras pesquisas abordando as percepções dos profissionais de enfermagem, visto que a grande maioria das pesquisas existentes possui caráter quantitativo e direcionam o foco para análise documental. Desse modo, não basta indicar onde está o erro, mas sim, averiguar a razão que tem levado os profissionais a não registrarem de maneira adequada a fim de resolver os problemas e não apenas indicar onde estão.

Em suma, a pesquisa mostra-se importante porque possibilitou comprovar a relação de dois temas essenciais para a assistência à saúde, visto que não foram reconhecidos trabalhos de caráter exploratório que deem esse sentido relacional para as temáticas em estudo. Acredita-se que a pesquisa contribuiu para que seja dada maior atenção a necessidade de desenvolver novas pesquisas sobre o assunto, com a finalidade de evidenciar outras percepções sobre o tema, ou até mesmo criar novos trabalhos com o foco nessa relação.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, M. M. et al. Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de gestantes atendidas na estratégia de saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ciências & Saberes*, v. 3, n. 3, p. 649-658, 2017. Disponível em: <www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/216>. Acesso em: 18 jun. 2019.

ALVES, K. Y. A. et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n.1, p. 79-86, 2018. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100079>. Acesso em: 18 jun. 2019.

AMARAL, J. A. B; SPIRI, W. C; BOCCHI, S. C. M. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista SOBECC*, v. 22, n. 1, p. 42–51, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833448/sobecc-v22n1_pt_42-51.pdf> Acesso em: 11 jun. 2019.

AQUINO, M. J. N. et al. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Foco*, v. 9, n.1, p. 07-12, 2018. Disponível em: <revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/1314/419>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BARBOSA, G. A.; LIEBERENZ, L. V. A.; CARVALHO, C. A. A percepção dos profissionais de enfermagem do centro Cirúrgico em relação aos benefícios da implantação do Protocolo de cirurgia segura em um hospital filantrópico no Município de sete lagoas, MG. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, v. 6, n. 3, p. 1-15, 2018. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/614>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRAGAS, L. Z. T. *A importância da qualidade dos registros de enfermagem para a gestão em saúde: estudo em hospital na região noroeste do RS*. 2015. 34 f. Monografia (Programa de Pós-Graduação em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Capacitações e melhorias*. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/capacitacoes-e-melhorias>> Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Ministério da Saúde*, Brasília, 2013a. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Resolução – RDC nº 36 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Ministério da Saúde*, Brasília, 2013b. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CADAVEZ, Natália Fernanda Vitipó. V. *As ações intencionais da equipe de enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada*. 2017. 103f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

CAMPOS, K. F. C; SENA, R. R; SILVA, K. L. Educação nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 4, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CAMPEDELLI, Maria C. et al. *Processo de Enfermagem na Prática*. 2 – ed. São Paulo: Ática, 1992. 636 p.

CARDOSO, R. B. et al. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. *Journal of Health Informatics*, v. 9, n.1, p. 25-30, 2017. Disponível em: <www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/429>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CARNEIRO, S. M. et al. Uso de abreviatura nas anotações de enfermagem em um hospital de ensino. *Revista RENE*, v. 17, n. 2, p. 208-216, 2016. Disponível em: <www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3001>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CARVALHO, A. A. et al. *Boletim de Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde - 2016*. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, dez. 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CHRISTOFFEL, M. M., et al. Health professionals' barriers in the management, evaluation, and treatment of neonatal pain. *Brazilian Journal of Pain*, v. 2, n. 1, p. 34–38, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n1/pt_2595-0118-brjp-02-01-0034.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CHUN, J.; BAFFORD, A. C. History and background of quality measurement. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, ed. 27, n.1, p. 5-9, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926916>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CONFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Guia de recomendações para registros de enfermagem em Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem*. COFEN, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Resolução nº 429/12. Dispõem sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, ou em outros documentos de enfermagem independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html> acessado em 09 de setembro 2018.

_____. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CRAVEN, R.F.; HIRNLE, C.J. *Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Juramento de Hipócrates*. São Paulo: 2018. CREMESP, 2018.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, n. 153, Seção 1, p. 184- 5, 9 ago. 2002.. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 25 nov. 2018.

COSTA, Cinthia Ferreira. *Segurança do paciente e a gestão de incidentes em hospitais paulistanos*. 2018. 63 f. Dissertação (Pós-graduação em Administração) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018.

COSTA, J. F. R.; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para sua implementação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 1–14, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n1/e00187916/>> Acesso em: 11 jun. 2019.

ELIAS, A. C. G. P. et al. *Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público*. *Revista SOBECC*, v. 20, n. 3, p. 128-133, 2015. Disponível em: <www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/128-133.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, v. 4, n. 3, p. 139 – 154,

2018. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168/2721>> Acesso em: 18 de jun. 2019.

FERREIRA, Jaqueline. *Os registros de enfermagem em unidade de internação hospitalar*. 2017. 49 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Positivo, 2005.

FIGUEIREDO, et al. Avaliação dos registros de enfermagem de pacientes internados na clínica Médica de um Hospital Universitário do Norte do Estado de Minas Gerais. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental*. v. 11, n. 2, s.p, 2019. Disponível em: <<http://ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P112020>> Acesso em: 11 de jun. 2019.

FRANCIOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Revista de Enfermagem – UERJ*, v. 20, n. 1, p. 79- 83, 2012. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763>>. Acesso em: 17 set. 2018.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; LIMA, A. F. C. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURCGANT, P.; LIMA, A. F. C.; PRADO, C; et al. *Gerenciamento em enfermagem*. [S.l: s.n.], 2016.

GARCIA, T. T.; FERREIRA, W. F. S.; SILVA, A. Processo de auditoria em enfermagem e suas dimensões na assistência ao paciente: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Ciência e Desenvolvimento*, v. 11, n. 1, p. 1-30, 2018. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/709/387>> Acesso em: 12 de jun. 2019.

GOMES, D. C. et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000100412&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 11 jun. 2019.

GUERRA, Andréia. A Identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. *Revista Enfermagem Atual*, v. 87, p. 1-8, 2019. Número especial. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_87_REVISTA_25_ESPECIAL/09.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

GUZZO, G. M. et al. Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 27, n. 3, e4500016, 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183972/001077332.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

HERNÁNDEZ SAMPIEI, Roberto. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso 2013.

- IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. *Disclosure: um guia prático para comunicar erros na saúde*. IBSP, 2019. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/?s=o+que+%C3%A9+disclosure>>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos. *Boletim ismp Brasil*, v. 4, n. 2, p. 1-7, 2015. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V4N2.pdf>> Acessado em 28 de novembro de 2018.
- LEITE, J. K. L.; SILVA, R. V. Gerenciamento de pessoal: atribuições da enfermeira em unidades hospitalares. *Redes*, v. 1, n. 1, p. 85–95, 2018. Disponível em: <<http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/4/11>> Acesso em: 11 jun. 2019.
- LEMOS, L. F. et al. Faturamento de curativos grau II e registros: contribuições da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 27, n.3, p.1-7, 2018. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e3360016.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- LIMA, C. A. et al. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 5, p. 2862-2876, 2014. Número especial. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5558881.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- LIMA, O. J. L; LIMA, A. R. A. Realização da evolução de enfermagem em âmbito hospitalar: uma revisão sistemática. *Journal of Nursing and Health*, v.7, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33414>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- LOPES, P. L.; ASCARI, R. A. Auditoria dos registros de enfermagem hospitalar: um estudo bibliográfico brasileiro. *Revista Uningá*, v. 47, n. 1, p. 1-5, 2018. Disponível em: <ec2-34-233-57-254.compute-1.amazonaws.com/index.php/uninga/article/view/1251>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- MARQUES, J. M. et al. Cultura de segurança e o processo de comunicação entre membros da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*, v. 86, n. 24, p. 1-6, 2019. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_87_REVISTA_25_SUPLEMENTO/14.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- MARTINS, D. F; BENITO, L. A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 14, n. 2, p. 153-166, 2016. Disponível em: <<https://publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810>>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- MATOS, Edney Nascimento. *Cultura de segurança dos pacientes por parte dos profissionais de saúde*. 2018. 56 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde - Mestrado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2018.

MCWHINNEY I, FREEMAN T. *Manual de medicina da família e comunidade*. Porto Alegre, Artmed, 3ª edição, 2010.

MENEGNON, F. H. A. et al. Desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. *Revista Rene*, v. 20, e40249, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41809/1/2019_art_fhamenegon.pdf> Acesso em 18 de jun. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, et al. A importância do registro de enfermagem em busca da qualidade. *UNISEP, Gestão em Foco*, Número especial, 2016.

MOLENTO, Fernando Henrique Brandão. Biossegurança e a prática baseada em evidências. *Revista Pan-Amazônia de Saúde*, v. 8, n.1, p. 7-8, 2017. Disponível em: <scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000100007>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MOURA, Maria de Lourdes O. *Segurança do paciente no Brasil*. In: Seminário segurança do paciente no estado do Paraná: Onde estamos e para onde vamos?. Paraná: FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0LEO0NARDO/seguranca_do_paciente_marinei.pdf>. Acessado em 26 de novembro de 2018.

NASCIMENTO, et al. Passagem de plantão como ferramenta de gestão para a segurança do paciente. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 9, n. 2, p. 544 –559, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29412>> Acesso em: 17 jun. 2019.

NOGUEIRA, E. S.; SILVA, E. G.; SANTOS, W. Assistência de enfermagem no transplante de córnea. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, v. 2, n. 2, p. 21 – 27, 2019. Disponível em: <<https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/151>> Acesso em: 18 de jun. 2019.

OLIVEIRA, K. N.; SILVA, R. R. *Percepção dos enfermeiros acerca das dificuldades na implementação do processo de enfermagem*. 2018. 14 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) – Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, Gama, 2018.

OLIVEIRA, P. H. M.; PINHEIRO, D.; BEGLIOMINI, H. A história da urologia a partir do juramento de Hipócrates. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*. v. 2, n. 2, p. 124 – 140, 2018. Disponível em: <<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/faculdaadedemedicinadeteresopolis/article/view/989>> Acesso em: 12 de jun. 2019.

PAVÃO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n. 4, p. 651-661, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2011.v14n4/651-661>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

- PINHEIRO, et al. Registro da assistência de enfermagem: visão dos gestores de enfermagem de duas unidades hospitalares do sertão central cearense. *EEDIC*, v. 4, n. 1, Número especial, 2017.
- POLAK, Ymiracy Nascimento de Souza. *Corporeidade como resgate do humano na enfermagem*. Pelotas: Ed. Universidade de Pelotas; 1997.
- PORTO, A. R.; DALL'AGNOL, C. M. Análise da proatividade da enfermagem em um hospital universitário público. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 5, p. 603-609, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n5/1982-0194-ape-29-05-0603.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- PRATES, C. G. et al. Comparação das taxas de infecção cirúrgica após implantação do checklist de segurança. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 116-122, 2018. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0116.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- REIS, C. L. et al. A interface da cultura da segurança na gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. *Cadernos de Graduação, enfermagem*, v. 5, n. 1, p. 103–116, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5315>>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- RIBEIRO, et al. Implementação do prontuário eletrônico do paciente: um estudo bibliográfico das vantagens e desvantagens para o serviço de saúde. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 9, n. 1, p. 07 – 11, 2018. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1179>> Acesso em: 18 de jun. 2019.
- SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Revista RENE*, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=Ink&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=721911>>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- SEVA-LLOR, A. M. et al. Relatório de enfermagem no hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 1, p. 101-106, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002015000200101&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- SHUH, Laísa Xavier. *Atitudes e percepções dos profissionais de enfermagem: um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de emergência*. 2016. 120 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.
- SILVA, A. B. et al. Registro eletrônico de saúde em hospital de alta complexidade: um relato sobre o processo de implementação na perspectiva da telessaúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 1133-1142, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1133-1142/>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SILVA, M. F. B.; SANTANA, J. S. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 47, n. 4, p. 146 – 154, 2018. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/359/321>> Acesso em: 18 de jun. 2019.

SILVA, Hallynson Lemo Lucas. Um relato de experiência sobre a dificuldade de um estudante na coleta de citologia oncótica. *Revista eletrônica Estácio Saúde*, v. 6, n. 1, p. 110 – 117, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/3647/1568>> Acesso em: 10 de jun. 2019.

SILVEIRA, Carine do Amaral. *A visão do técnico de enfermagem sobre a importância dos registros em prontuários na área hospitalar*. 2015. 48 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.

SILVEIRA, T. V. L. et al. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 2, p. 82-88, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/47702/34192>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SIMAN, A. G; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, e68271, 2016. Número especial. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SOUSA, P. A. F; SASSO, G. T. M. D; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 971-979, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000400030&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SOUZA, M. K. B.; SILVA, M. L. A.; ALMEIDA, R. M. F. *Eventos adversos medicamentosos: Análise de dados de um hospital especializado à luz da segurança do paciente*. 2018. 34 f. Artigo Científico (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2018.

SOUZA, D. R. P. et al. Termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em reabilitação físico-motora. *Revista da escola de Enfermagem*, v. 49, n. 2, p. 209 – 215, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103183/101583>> Acesso em 18 de jun. 2019.

SOUZA, G. S.; SANTOS, A. R.; DIAS, V. B. *Metodologia da pesquisa científica: a construção do conhecimento e do pensamento científico no processo de aprendizagem*. 4. ed. Porto Alegre: Animal, 2013.

STREFLING, I. S. S. et al. Segurança do paciente no contexto da maternidade: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual*, v. 86, n. 24, s. p., 2018. Disponível em: <<http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/84>> Acesso em: 18 de jun. 2019.

TANNURE, M. C. et al. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *Journal of Health Informatics*, v.7, n. 3, p. 69-74, 2015. Disponível em: <www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/download/337/235>. Acesso em: 18 jun. 2019.

TASE, T. H; QUADRADO, E. R. S; TRONCHIN, D. M. R. Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, p. 131-137, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100120&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2019.

TELE SAÚDE SC. *Webpalestra* - Sistematização da assistência de enfermagem SAE e Cipe. 2016. (43m20s). Disponível em: <<https://www.bing.com/videos/search?q=sae+e+cipe&&view=detail&mid=F03C9D78A9A01BEED27EF03C9D78A9A01BEED27E&&FORM=VRDGAR>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

TRINDADE, T. V. C. et al. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: uso de pulseiras de identificação. *Enfermagem Brasil*, v. 18 n. 2, p. 225-33, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Edenise_Silva_Batalha/publication/333307127_Seguranca_do_paciente_em_unidade_de_terapia_intensiva_uso_de_pulseiras_de_identificacao/links/5ce9a2a392851c4eabf1286/Seguranca-do-paciente-em-unidade-de-terapia-intensiva-uso-de-pulseiras-de-identificacao.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 3, e20160068, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300212&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 Dados de Identificação

Codinome: _____

Idade: _____

Identidade de gênero: _____

Estado civil: _____

Tempo de formação: _____

Em qual setor desenvolve suas atividades: _____

Tempo de trabalho no setor: _____

Turno de trabalho: _____

Possui pós-graduação: () Sim () Não

Se a resposta for sim, especifique: _____

- I) O que você entende por registros em saúde?
- II) O que você entende por segurança do paciente?
- III) Na sua opinião, quais fatores contribuem para facilitar a atividade de registrar os cuidados?
- IV) Existe (m) dificuldade (s) na prática de registrar? Quais? O que poderia ser melhorado?
- V) Na sua percepção, o que os registros em saúde representam para a segurança na assistência ao paciente?
- VI) Na sua experiência profissional, já ocorreu (ram) erro (s) em registros em saúde que impactaram na segurança ao paciente? Quais?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

REGISTROS EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Registros em saúde: concepções de enfermeiros na perspectiva da segurança do paciente. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende averiguar as concepções de enfermeiros acerca das repercussões dos registros em saúde na qualidade da assistência, considerando a segurança do paciente. Para que isso se concretize, o senhor/a será contatado/a pelos pesquisadores para averiguar realização de uma entrevista onde terá suas falas gravadas na forma de áudio. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo de constrangimento e/ou nervosismo. Por outro lado, se o senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da saúde poderão acontecer, tais como: identificar possíveis dificuldades encontradas na execução dos registros em saúde e na medida do possível, sugerir formas de enfrentamento visando a qualidade na assistência e a segurança do paciente. Para participar dessa pesquisa o senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Suzane Beatriz Frantz Krug. (Fone: 51- 3717-7469).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela apresentação
desse Termo de Consentimento

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGISTROS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08975919.1.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Fornecedor Principal: Financiamento Próprio

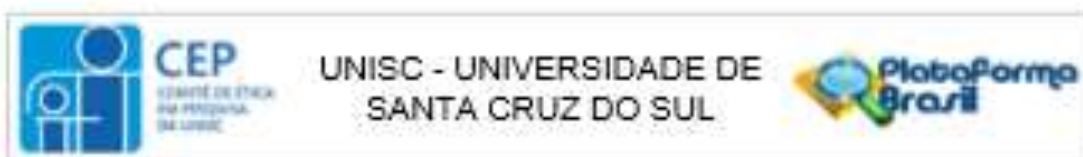
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.208.332

Apresentação do Projeto:

Os registros de saúde realizados em prontuários se configuram em um instrumento essencial para a segurança do paciente, pois indicam as condições em que o mesmo se encontra, bem como suas particularidades. Dessa forma, os registros auxiliam na escolha da terapêutica a ser adotada e os cuidados a serem desenvolvidos, por meio do prontuário, caracterizam-se como um instrumento de comunicação entre a equipe multiprofissional, garantindo a segurança do paciente. Por essa razão, os registros devem ser efetuados de forma clara, eficiente e fidedigna quanto as alterações do quadro clínico do paciente e os procedimentos realizados. Em contrapartida, a falta de registros ou a sua realização de forma inadequada se configura em um risco potencial para a segurança do paciente. Nesse sentido, torna-se plausível a ocorrência de eventos adversos e de erros na assistência. Esse projeto de pesquisa possui como objetivo averiguar as concepções de enfermeiros acerca das repercussões dos registros de saúde na qualidade da assistência, considerando a segurança do paciente. A metodologia da pesquisa será fundamentada pelo caráter qualitativo, por aspectos exploratórios e descritivos. Por sua vez, a coleta de dados se dará por meio de entrevista semi-estruturada, onde os enfermeiros (as) de uma instituição hospitalar terão suas falas gravadas em áudio e a exploração dos dados será feita através da Análise Temática de Conteúdo. Por fim, a pesquisa é essencial para compreender as dificuldades relacionadas a prática de registrar e seus impactos na segurança do paciente.

Endereço: Av. Independência, nº 2260 - Bloco 13, sala 1306
Cidade: Universitário **CEP:** 96.215-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51) 32717-7880 **E-mail:** cep@unisc.br



Contribuição do Paciente: 3.208,23%

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Averiguar as concepções de enfermeiros acerca das repercussões dos registros de saúde na qualidade da assistência, considerando a segurança do paciente.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar a importância atribuída pelos enfermeiros aos registros em saúde e seus reflexos na segurança do paciente;
- Caracterizar os possíveis danos a pacientes decorrentes da forma e completude dos registros;
- Identificar as dificuldades encontradas por esses profissionais na adesão aos registros em saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo de constrangimento e/ou nervosismo.

Benefícios futuros para a área da saúde poderão acontecer, tais como: identificar possíveis dificuldades encontradas na execução dos registros em saúde e na medida do possível, sugerir formas de enfrentamento visando a qualidade na assistência e a segurança do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delimitada, com conteúdo adequado e pertinente que atende os objetivos da mesma. De acordo com o padrão do CEP. Poderia apresentar no projeto, os riscos e benefícios, e não somente no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: ok

Cronograma: ok

Orçamento: ok

Carta de aceite: ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado de acordo com as normas do CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados por esse CEP.

Endereço: Av. Independência, nº 2291 - Bloco 13, sala 1306
 Bairro: Universitário CEP: 91.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51) 3717-7580 E-mail: cep@unisc.br

