

Completude insatisfatória dos registros de enfermeiros nos prontuários dos usuários com tuberculose

Unsatisfactory completeness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis
Compleitud insatisfactorio de los registros de enfermeros en los prontuarios de los usuarios con tuberculosis

José Nildo de Barros Silva Júnior^I

ORCID: 0000-0001-9958-8462

Haline Costa dos Santos Guedes^I

ORCID: 0000-0003-1892-4503

Dilyane Cabral Januário^I

ORCID: 0000-0002-2319-3015

Ana Cristina de Oliveira e Silva^I

ORCID: 0000-0001-8605-5229

Pedro Fredemir Palha^I

ORCID: 0000-0002-5220-4529

Matheus Figueiredo Nogueira^{III}

ORCID: 0000-0002-5787-7861

Anne Jaquelyne Roque Barrêto^I

ORCID: 0000-0002-6852-8480

^IUniversidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, Paraíba, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Januário DC, Silva ACO, Palha PF, Nogueira MF, et al. Unsatisfactory completeness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20210316. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0316>

Autor Correspondente:

José Nildo de Barros Silva Júnior
E-mail: nildoenfer@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 28-05-2021

Aprovação: 26-08-2021

RESUMO

Objetivos: avaliar a completude dos registros de enfermeiros acerca da execução do processo de enfermagem no cuidado às pessoas com tuberculose na Atenção Primária. **Métodos:** estudo documental, retrospectivo, com 190 prontuários em Unidades de Saúde da Família de uma cidade no estado da Paraíba. Os dados foram analisados segundo estatística descritiva, Diagrama de Pareto e análise de tendência. **Resultados:** a média geral de incompletude dos registros foi de 53,01% (DP=26,13). Classificação de completude muito ruim relativa ao diagnóstico de enfermagem (88,9%), avaliação de enfermagem (66,8%), levantamento de dados (60,5%), enquanto as intervenções de enfermagem se classificaram como regular (11,1%). O diagnóstico de enfermagem foi a única variável com tendência de não completude decrescente. **Conclusões:** incompletude dos registros de enfermeiros nos prontuários dos usuários com tuberculose. Estratégias de avaliação, educação permanente e continuada são indispensáveis na qualidade da documentação dos enfermeiros, implicando diretamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem de qualidade.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Tuberculose; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the completeness of nurses' records on the execution of the nursing process in assistance of tuberculosis patients at Primary Care. **Methods:** this was a retrospective documental study, with 190 records in Family Health Units of a city in the state of Paraíba. The data were analyzed according to descriptive statistics, Pareto Diagram, and trend analysis. **Results:** the overall mean incompleteness of records was 53.01% (DP=26.13). Therefore, the results presented very poor completeness classification related to nursing diagnosis (88.9%), nursing assessment (66.8%), data collection (60.5%), while nursing interventions were classified as regular (11.1%). The nursing diagnosis was the only variable with a decreasing trend of non-completeness. **Conclusions:** incompleteness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis. Evaluation strategies, permanent and continuing education are indispensable in the quality of nurses' documentation, directly implying the Systematization of Quality in Nursing Care.

Descriptors: Nursing; Nursing Process; Nursing Records; Tuberculosis; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivos: evaluar completud de registros de enfermeros sobre la ejecución del proceso de enfermería en el cuidado a personas con tuberculosis en la Atención Primaria. **Métodos:** estudio documental, retrospectivo, con 190 prontuarios en Unidades de Salud de la Familia de una ciudad del estado de Paraíba. Datos analizados segundo estadística descriptiva, Diagrama de Pareto y análisis de tendencia. **Resultados:** mediana general de incompletud de registros fue de 53,01% (DP=26,13). Clasificación de completud muy mala relativa al diagnóstico de enfermería (88,9%), evaluación de enfermería (66,8%), levantamiento de datos (60,5%), mientras intervenciones de enfermería se clasificaron como regular (11,1%). Diagnóstico de enfermería fue la única variable con tendencia de no completud decreciente. **Conclusiones:** Incompletud de registros de enfermeros en los prontuarios de usuarios con tuberculosis. Estrategias de evaluación, educación permanente y continuada son indispensables en la calidad de documentación de los enfermeros, implicando directamente la Sistematización de Asistencia de Enfermería de calidad.

Descritores: Enfermería; Proceso de Enfermería; Registros de Enfermería; Tuberculosis; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

No desenvolvimento da produção de cuidados em saúde, a documentação clínica do atendimento ao paciente, por meio do prontuário, é compreendida como fonte de informações inerente ao processo de cuidado e gerencial das ações de saúde, cujas características clínicas e administrativas auxiliam na tomada de decisão. Além disso, o prontuário é um importante instrumento de comunicação compartilhada entre profissionais da saúde, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado. Dessa forma, a qualidade da documentação clínica vem sendo objeto de políticas públicas, diretrizes e normas dos serviços de saúde com vista à otimização da organização do trabalho⁽¹⁾.

Nesse contexto, reportamos ao processo de enfermagem (PE), importante ferramenta tecnológica para os registros das atividades da equipe de enfermagem. No Brasil, desde 2002, a documentação do PE passou a ser obrigatória em todos os serviços de saúde públicos e privados, sendo regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁽²⁾. Em seu Art. 6º, relativo ao registro formal da execução do PE, é mencionada a necessidade de apresentar um resumo dos dados coletados relativos ao processo de saúde-doença do paciente; os diagnósticos de enfermagem (DEs) diante dos dados obtidos, julgamento crítico e clínico; as ações ou intervenções de enfermagem; além da avaliação dos resultados alcançados das ações de enfermagem implementadas⁽³⁾.

O PE é caracterizado como um modelo metodológico que orienta o cuidado profissional do enfermeiro e colabora para a documentação da prática de enfermagem. Tem o propósito de reconhecer as situações de saúde-doença, de forma a facilitar o processo de raciocínio clínico, terapêutico e científico do enfermeiro para resolução de problemas, favorecendo o pensamento crítico para as intervenções de enfermagem de forma holística e de qualidade para com o indivíduo, família e comunidade. Essa metodologia proporciona autonomia ao enfermeiro em seu espaço de atuação, bem como estimula um maior reconhecimento profissional e qualidade da assistência⁽⁴⁾. Ademais, a Resolução nº 429/2012 do COFEN reforça a importância e obrigatoriedade desses registros⁽⁵⁾.

Destarte, os serviços de saúde vêm se mobilizando para atender a essa exigência, inclusive nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Esse âmbito, por sua vez, enfrenta dificuldades na implementação do PE, em razão não exclusivamente da resistência do enfermeiro, mas também devido a concepções políticas e administrativas que geram entraves no incentivo à qualificação profissional, não valorização de sua execução na prática, além da compreensão errônea da implementação do PE, havendo uma discrepância entre o que é recomendado e o que é observado na prática⁽⁶⁾.

A atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem ganhando destaque no comprometimento com atividades e práticas de educação, promoção da saúde e prevenção de doenças⁽⁷⁻⁸⁾. Como exemplo, cita-se seu desempenho na operacionalização do Programa de Controle da Tuberculose, por meio de atividade gerencial relacionada ao planejamento, organização, avaliação do serviço e implementação de ações como identificar sintomáticos respiratórios, realizar consultas

de enfermagem, notificar casos confirmados, solicitar exames, dentre outras atividades, colaborando na articulação com os outros profissionais da APS, de forma a reduzir as fragilidades que permeiam o cuidado à tuberculose (TB)⁽⁹⁾.

Assim, a TB configura-se como um grave problema de saúde pública mundial, porém curável. Estima-se que ocorreram 10 milhões de casos novos em 2019, com 1,2 milhão de óbitos. Em 2020, no Brasil, registraram-se 66.819 casos novos de TB, com incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período, o Nordeste caracterizou-se como a segunda região com maior quantidade de notificações de TB no país, com 17.287 casos, dos quais 999 foram notificados no estado da Paraíba⁽¹⁰⁾.

Esse cenário é alarmante e carece da implementação de estratégias específicas para o alcance das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em busca da erradicação da doença. Nesse sentido, o registro do enfermeiro da APS torna-se fundamental ao acompanhamento, planejamento e avaliação da doença, fornecendo subsídios para averiguar a capacidade de evolução dos municípios na execução de ações para o manejo da TB⁽¹¹⁻¹²⁾.

Nesse cenário, o registro do enfermeiro no prontuário traduz-se como indispensável no PE, favorecendo a identificação de informações significantes e fundamentais a serem monitoradas, a fim de assegurar à equipe de enfermagem o alcance de dados cruciais para o desenvolvimento da assistência de forma segura e com respaldo legal. Faz-se necessário, dessa maneira, que o registro do PE durante a consulta de enfermagem e acompanhamento do paciente com TB seja realizado de forma completa, com qualidade, coerência, fidedignidade e clareza. Assim, esse conjunto de dados apoiará a tomada de decisão adequada, garantindo a continuidade do cuidado e a manutenção dos aspectos éticos e legais, bem como contribuirá com o alcance das metas propostas pela OMS visando à erradicação da doença⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Em levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *PubMed*, *Web of Science* e *Scopus*, publicadas no período de 2016 a 2021, identificaram-se publicações sobre avaliação da documentação no cuidado à tuberculose na APS com diversos profissionais da saúde, inclusive o enfermeiro, usando sistema informatizado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, e sobre completude de prontuários físicos⁽¹⁷⁾ e informatizados⁽¹⁸⁾, mas não contemplou o PE. Identificou-se estudo que avaliou elementos do PE em consultas de enfermagem ao paciente com TB na APS por meio de entrevista direta com enfermeiros⁽¹³⁾. Contudo, não há informações acerca da completude e tendência de não completude do registro do PE nesse âmbito, tanto nacional quanto internacionalmente. Isso ressalta a importância deste estudo, haja vista se tratar de uma temática de relevância para a saúde pública.

No tocante à temática, esta pesquisa parte da seguinte questão norteadora: Como se apresenta a completude dos registros acerca da execução do PE no cuidado à TB na APS?

OBJETIVOS

Avaliar a completude dos registros de enfermeiros acerca da execução do processo de enfermagem no cuidado às pessoas com tuberculose na Atenção Primária.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, atendendo às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de estudo documental, retrospectivo, guiado pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) de uma cidade localizada na região leste do estado da Paraíba. O município é considerado prioritário pelo Ministério da Saúde (MS) no exercício de ações de controle da TB, tendo como organização do modelo de atenção à saúde a demarcação territorial por cinco Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados no presente estudo pelas siglas DS-A, DS-B, DS-C, DS-D e DS-E, para garantir a privacidade das Equipes de Saúde da Família (eSF). A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2020, nos turnos manhã e tarde, em locais que resguardassem o sigilo das informações.

População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por registros (prontuário clínico) de enfermeiros no cuidado às pessoas com TB em acompanhamento nas USFs do município que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: registros de usuários com TB residentes no município estudado; e conclusão do acompanhamento durante o tratamento do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) (indivíduos com idade superior a 18 anos). Excluíram-se os registros em condição de encerramento por mudança de diagnóstico ou transferência para outro município.

Para o cálculo amostral, considerou-se o levantamento de casos novos da doença registrados pelos serviços da APS que iniciaram e finalizaram o tratamento entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, compondo 1.191 registros divididos nos cinco DSs (255 relativos ao DS A; 410, ao B; 224, ao C; 214, ao D; e 88, ao E). Admitiram-se os seguintes parâmetros: P (Proporção de ocorrência do evento [incompletude dos registros] na população) = 10,5%, conforme achados do estudo de Nielsen e Silva⁽¹⁹⁾; IC (Índice de confiança) = 95%; e erro da amostra de 4%. O resultado foi uma amostra de 190 prontuários, calculada por meio do software R, versão 4.0.3.

Para o processo de seleção dos prontuários, foi realizada inicialmente uma amostragem proporcional, considerando a mesma taxa de incompletude para os cinco DSs e a proporção de doentes de TB equitativamente (41 prontuários no DS A; 65 no B; 36 no C; 34 no D; e 14 no E). Em seguida, por meio da amostragem probabilística sistemática, foi elaborada uma lista ordenada com todos os registros, em que foi dividido o quantitativo da população pela amostra para obter o fator de sistematização ($k = N/n$), resultando no fator de sistematização $k = 6$ ($k = 1191/190 = 6,27 \approx 6$). Com o intuito de garantir a aleatoriedade da amostra,

realizou-se a escolha do primeiro elemento da amostra (a) que estivesse entre 1 e k , ou seja, $1 < a \leq k$, sendo considerado aleatoriamente $a = 3$. Em seguida, a linha de sistematização foi completada com base nesse elemento até que o tamanho da amostra estivesse completo.

Protocolo do estudo

Utilizou-se um formulário estruturado apoiando-se no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose⁽²⁰⁾, no Protocolo de Enfermagem no Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica⁽²¹⁾ e nos documentos institucionais que normatizam os registros de enfermagem na APS. O formulário passou por readequações e verificação de viabilidade de acordo com os objetivos da pesquisa mediante teste-piloto. Ressalta-se que, nessa fase, foram analisados 10%⁽²²⁾ da amostra, isto é, 19 prontuários, que foram selecionados por sorteio e favoreceram a reflexão sobre algumas questões para o refinamento das variáveis, sendo incluídos na amostra final.

Para este estudo, foram elencadas variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, forma clínica de TB), além de variáveis relacionadas ao PE: levantamento de dados (métodos utilizados pelo enfermeiro para a coleta de dados, como entrevista, exame físico, solicitação de exames e testes diagnósticos, levando em consideração os aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais); DEs (interpretações das queixas e dos achados da avaliação inicial, exame físico e problema ativo); intervenções de enfermagem (planejamento do cuidado a ser prestado, definindo os critérios a serem utilizados na priorização das ações, as preferências do usuário, as necessidades humanas básicas e o plano terapêutico); e avaliação de enfermagem (comparação sistematizada das metas propostas com os resultados obtidos, a fim de determinar a eficácia do cuidado prestado).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram codificados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel[®] 2019, com dupla digitação, e analisados com o software R, versão 4.0.3, livre e gratuito. A princípio, realizou-se a frequência simples e o percentual das variáveis. As equações de tendência de não completude ponderaram as variáveis na faixa temporal de 2015 a 2019, por meio da regressão linear simples, em que y é o percentual de incompletude, x é a variável temporal (ano), α e β são os parâmetros não conhecidos a serem determinados, enquanto ϵ é o erro aleatório desconhecido.

As variáveis que obtiveram valor de p inferior a 5% foram classificadas como significantes, sendo considerada crescente a variável com estimativa de β positiva e decrescente caso a estimativa de β fosse negativa. Além disso, foi empregado o Diagrama de Pareto, composto por um gráfico de barras que sistematiza as frequências das ocorrências, na direção do maior para o menor, possibilitando a identificação dos pontos prioritários para intervenção em curva de porcentagens acumuladas⁽²³⁾.

Como referencial para análise de completude, admitiu-se a classificação empregada por Romero e Cunha⁽²⁴⁾, com os seguintes graus de avaliação: excelente (incompletude < 5%), bom (5% ≤ incompletude < 10%), regular (10% ≤ incompletude < 20%),

ruim (20% ≤ incompletude < 50%) e muito ruim (incompletude ≥ 50%).

RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta por 190 prontuários de pacientes com diagnóstico de tuberculose acompanhados pela estratégia saúde da família. Os pacientes tinham idade média de 39,92 anos (DP = 15,84), maioria do sexo masculino (n = 122; 64,21%) e com forma clínica de TB pulmonar (n = 167; 87,89%). Quanto ao objetivo principal do estudo, observou-se média geral de incompletude dos registros de 53,01% (DP = 26,13). No tocante à classificação da completude do registro da execução do PE, as variáveis Levantamento de dados, DEs e Avaliação de enfermagem foram classificadas como muito ruins, enquanto a variável Intervenção de enfermagem foi classificada como regular (Tabela 1).

Na análise de não conformidade mediante Diagrama de Pareto, verificou-se como maior problema na execução do PE a ausência

Tabela 1 – Distribuição e classificação da completude do registro da execução do processo de enfermagem no cuidado às pessoas com tuberculose na Atenção Primária à Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2015-2019

Variáveis	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	Total n (%)	Classificação da completude*
Levantamento de dados	7 (58,3)	10 (58,8)	20 (62,5)	33 (58,9)	45 (61,6)	115 (60,5)	Muito ruim
Diagnósticos de enfermagem	11 (91,7)	16 (94,1)	29 (90,6)	51 (91,1)	62 (84,9)	169 (88,9)	Muito ruim
Intervenções de enfermagem	-	-	4 (12,5)	4 (7,1)	13 (17,8)	21 (11,1)	Regular
Avaliação de enfermagem	6 (50,0)	12 (70,6)	20 (62,5)	46 (82,1)	43 (58,9)	127 (66,8)	Muito ruim

n – número de registros com preenchimento incompleto; *A classificação da completude é mensurada com base no quantitativo de registros com preenchimentos completos⁽²⁰⁾.

dos registros relativos aos DEs, representado por 39,1% da não conformidade geral nos registros dos enfermeiros. Avaliação de enfermagem e Levantamento de dados foram etapas do PE que apresentaram menor problema na execução do PE, com porcentagens acumuladas de 68,5% e 95,1%, respectivamente, relativas à não completude dos registros. No entanto, a variável Intervenções de enfermagem foi responsável por apenas 4,9% da não completude nos registros do enfermeiro (Figura 1).

A Tabela 2 apresenta os modelos de tendência de não completude e seus principais componentes para as variáveis analisadas. As etapas

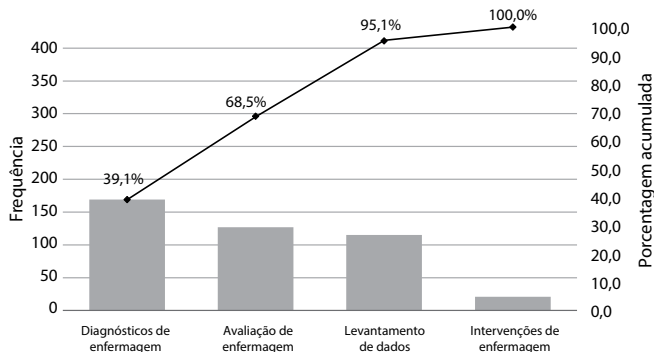


Figura 1 – Diagrama de Pareto da não completude do registro da execução do processo de enfermagem no cuidado à tuberculose na Atenção Primária à Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2015-2019.

Tabela 2 – Tendência de não completude dos registros da execução do processo de enfermagem no cuidado à tuberculose na Atenção Primária à Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2015-2019

Variáveis	Modelo	R ²	Valor de p	Tendência
Levantamento de dados	y = -1291,37 + 0,67x	0,3129	0,3270	Crescente
Diagnósticos de enfermagem	y = 3438,70 - 1,66x	0,5974	0,1250	Decrescente
Intervenções de enfermagem	y = -8305,11 + 4,27x	0,7480	0,0584	Crescente
Avaliação de enfermagem	y = -5844,99 + 2,93x	0,1450	0,5270	Crescente

Levantamento de dados, Intervenções de enfermagem e Avaliação de enfermagem foram classificadas com tendência crescente de não completude, enquanto a etapa DEs apresentou tendência decrescente.

DISCUSSÃO

No Brasil, a documentação do PE é uma exigência formal, sendo desenvolvida em todos os âmbitos em que acontecem os cuidados de enfermagem ao usuário. Essa formalidade tem a perspectiva de potencializar a qualidade do cuidado do enfermeiro e a qualidade da assistência⁽²⁵⁾.

Identificamos, nos nossos achados, que a variável Levantamento de dados apresentou classificação de completude muito ruim, com tendência de não completude crescente quanto ao registro no prontuário com o passar dos anos. Tal resultado é preocupante, pois essa etapa dá oportunidade ao enfermeiro de utilizar diversos métodos, como a entrevista, o exame físico, os resultados laboratoriais, testes diagnósticos, considerando informações relacionadas aos aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais. Tratando-se de pacientes com TB, deve-se atentar para a condução minuciosa da coleta de dados, pois servirá de fonte de informações que subsidiará os DEs. Dessa forma, ressalta-se a necessidade do registro desses dados com qualidade e fidedignidade, para refletir a real situação do usuário⁽²¹⁾.

Em pesquisa realizada com enfermeiros sobre a análise de registros ao paciente com tuberculose, observou-se que os registros acerca do histórico de enfermagem delimitavam-se aos sinais e sintomas físicos dos paciente; desse modo, ao serem negligenciados os demais elementos inclusos nessa investigação, relativos à anamnese e ao exame físico, prejudica-se a integralidade do cuidado⁽¹³⁾. Além do mais, tal situação pode ser compreendida por meio da historicidade do modelo biomédico que, por sua vez, impulsiona a não anotação nos prontuários a respeito do conjunto de determinantes sociais da saúde, já que supervaloriza os aspectos físicos e biológicos, fragmentando a assistência e distanciando o usuário com TB de uma assistência integral à saúde na APS.

Essa fragilidade nos registros do PE propicia entraves para a abordagem adequada dos problemas enfrentados pelos usuários e para a avaliação das repercussões das intervenções recebidas e realizadas, além de suprimir possíveis diagnósticos, mudanças nas prescrições e evolução de enfermagem. A completude no

registro da coleta de dados é primordial, pois, mediante essas anotações, são identificadas as observações das alterações que exigem maior atenção e embasamento dos enfermeiros para o percurso das demais fases do PE. No entanto, tal etapa necessita de base científica e suscita ações de apoio e fortalecimento na realização de educação permanente para os enfermeiros^(3,16).

No presente estudo, os DEs foram responsáveis pela maior totalidade da não conformidade geral dos registros. Todavia, sua tendência de não completude vem decrescendo aos poucos. Isso pode ser traduzido por meio da melhor compreensão da importância que os DEs possuem para a prática dos enfermeiros, sendo uma atividade privativa desse profissional, de forma a favorecer a autonomia e auxiliar na assistência qualificada e individualizada⁽²⁶⁾.

Os DEs são delimitados após a obtenção e o devido registro dos dados levantados, mediante o processo de julgamento clínico realizado pelo enfermeiro. O MS preconiza que essa etapa deve fundamentar-se na classificação dos DEs da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA, que tem se mostrado um importante dispositivo de utilidade clínica. É válido destacar que, além da NANDA, temos outra ferramenta conhecida como Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc), que desempenha um papel importante em relação aos DEs no âmbito da APS⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Pesquisa⁽²⁹⁾ aponta que os enfermeiros da APS reconheciam a importância dos registros dos usuários com TB, entretanto os dados do estudo caracterizaram a existência de fragilidades nos registros, pois foi percebida uma predominância baixa de anotações nos prontuários. Isso aponta uma ausência de informações para as particularidades dos usuários, o que impossibilitou um melhor detalhamento dessa população e a averiguação de características que antecipam os DEs. Além disso, as consultas ao prontuário eram substituídas pela verbalização nas reuniões em equipe.

Ainda nos chamou atenção outro estudo⁽¹³⁾ desenvolvido na APS de um município do Nordeste brasileiro, por apresentar maior porcentagem de entrevistados que traçava os DEs sem o aporte da taxonomia NANDA, além de identificar incompletude em relação ao registro dos DEs nos prontuários dos usuários. Ademais, os dados do estudo evidenciaram que os enfermeiros da APS, em sua maioria, não prescreviam DEs para os usuários com TB, nem realizavam o planejamento de ações com embasamento nos DEs; eles executavam suas prescrições de enfermagem visando apenas à patologia, sem considerar os determinantes vinculados aos aspectos sociais em que este usuário estava inserido.

Isto posto, são vistas fragilidades nos processos de formação e qualificação dos enfermeiros acerca do registro do PE, no qual eles tendem a reproduzir o modelo assistencial hegemônico, vinculado à ideologia biomédica, que entra em choque com a implementação do PE. Assim, diante das análises apresentadas, há a necessidade de refletir sobre/intervir na prática do enfermeiro no sentido de fortalecer uma visão holística do paciente, tendo em vista as práticas da enfermagem, mediante o dispositivo organizacional metodológico que classifica os DEs, de forma a oportunizar uma linguagem-padrão para implementar os cuidados de enfermagem⁽¹³⁾.

Outra descoberta do nosso estudo está vinculada à variável Intervenção de enfermagem, que apresentou menor índice de não completude geral. Esse achado converge com a literatura⁽²⁵⁾

no que se refere ao fato de os registros dessas informações possuírem maior frequência no prontuário do paciente, em comparação com outras etapas do PE. Entretanto, observou-se que as intervenções de enfermagem apresentaram tendência temporal crescente para a não completude nos registros dos enfermeiros da APS no tocante à TB.

Após as prescrições das ações do plano de cuidados, torna-se palpável a etapa de implementação, aplicando-se as prescrições delineadas consoante o cliente. À medida que acontece a implementação das intervenções elaboradas, o enfermeiro pode reavaliar o usuário com TB, reescrever objetivos, bem como modificar o plano de cuidados conforme a necessidade⁽³⁰⁾.

Em contraste com o nosso estudo, pesquisa desenvolvida na Região Sul do Brasil mostra que o registro do plano terapêutico apresenta-se de forma fragmentada. Isso afeta a assistência ao usuário, pois dificulta a apreciação das práticas orientadas e, assim, o insere em situações que possibilitam vulnerabilidades no seu tratamento, podendo findar em abandono de tratamento⁽³¹⁾.

Destarte, isso pode ser explicado pelos resultados de um estudo⁽¹⁷⁾ que também aponta fragilidades relacionadas à omissão dos registros de enfermeiros, nos prontuários de TB na APS, a respeito das intervenções realizadas. Foi visto que as anotações acontecem de maneira tímida nos prontuários, especialmente aquelas referentes à transmissão de orientações aos usuários com TB, a ponto de haver situações em que as orientações registradas nos prontuários eram potencialmente inespecíficas. A incompletude das anotações ocasionada pelo não registro do enfermeiro torna-se uma informação perdida, e a ausência de documentação implica fragmentação e fragilidade na qualidade das ações de enfermagem.

Outro aspecto a considerar, e que nos chama atenção para a qualidade dos registros de enfermagem, refere-se ao respaldo legal no que tange à implementação do cuidado diante da necessidade de auxílio em processos jurídicos. Tal peculiaridade do registro caracteriza-se como testemunho escrito dos profissionais de saúde na defesa legal dos enfermeiros envolvidos na assistência, pois serve de comprovação da execução da atividade laboral, tendo em vista o alinhamento da prática com a consumação dos registros nos prontuários⁽³²⁾.

Após a implementação do plano de cuidados, há a necessidade de realizar a última fase da execução do PE, a avaliação, para proceder a uma comparação sistematizada dos resultados obtidos com as metas propostas, necessitando estar descrita no prontuário⁽³⁾. Entretanto, os achados revelam que a avaliação de enfermagem não obteve uma boa classificação de completude.

A avaliação da assistência de enfermagem propõe-se a averiguar o acompanhamento das respostas do paciente aos cuidados implementados, possibilitando a detecção das intervenções que devem ser preservadas, daquelas que devem ser alteradas e das que podem ser concluídas. Assim, auxilia na avaliação da eficácia dos cuidados e denota as contribuições que suas ações trouxeram para os resultados alcançados pelo paciente, de forma que favorece a compreensão da magnitude destas informações a serem documentadas⁽³³⁾.

Considerando as evidências encontradas no nosso estudo a respeito do registro dessas informações, pode-se depreender que a produção do cuidado às pessoas com TB dá-se sem a definição

dos DEs. Desconsideram-se fatores relativos à individualidade do paciente e integralidade do cuidado e, dessa forma, compromete-se o processo de julgamento clínico para o raciocínio diagnóstico ao se opor aos fundamentos do PE, que têm enfoque holístico e está centrado em intervenções específicas ao paciente, e não apenas à doença.

Portanto, os prontuários físicos, que são realidade majoritária no sistema de saúde do Brasil, são percebidos como um documento de valor legal e indicador de qualidade da continuação da assistência. Desconsiderar sua documentação, além de ser um desserviço à sociedade, constitui falta grave. Evidenciamos que há necessidade e tendência global de iniciativas relacionadas à capacitação pessoal e conscientização visando à sensibilização da importância do PE no registro do enfermeiro ao manejar a TB na APS. A implantação do prontuário eletrônico do paciente também pode ser reconhecida como estratégia capaz de agrupar as informações de forma mais precisa, contribuindo com melhores índices de completude das informações.

Limitações do estudo

Destacamos, dentre as limitações do estudo, a disposição dos prontuários nas UBSs, já que, em alguns locais, não havia um ordenamento lógico ou até mesmo não havia registros, principalmente nos arquivos mais antigos. A escrita manual ilegível em alguns registros pode ter superestimado o número de registros não completos. Ademais, a obtenção dos dados com base em prontuários nos privou de uma construção narrativa a respeito da temática, visto que esse meio não fornece o nível de aprofundamento alcançado em uma abordagem presencial. Entretanto, essas limitações não comprometeram o desenvolvimento da presente pesquisa, a qual pode amparar o fortalecimento de políticas voltadas à qualidade da documentação do PE no manejo à TB na APS.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Nossos resultados vão ao encontro dos interesses da saúde pública ao elaborar dados fundamentais relativos ao registro do PE no manejo da TB, concebendo-o como importante prática para a tomada de decisão. Mediante a sustentação do raciocínio argumentativo, salienta-se a carência do reconhecimento pelos

enfermeiros da importância de preencher integralmente os registros de enfermagem; é necessária a valorização de hábitos comportamentais que envolvam a completude dos registros, o que reflete na integralidade do cuidado dentro das práticas assistenciais. Recomendase considerar a pluralidade de fatores envolvidos no registro da execução do cuidado do enfermeiro, buscando desfazer os entraves que envolvem a assistência desses profissionais, para que possam sistematizar, orientar, otimizar o julgamento clínico, o raciocínio diagnóstico e a elaboração do plano assistencial com o embasamento científico necessário para robustecer o cuidado do enfermeiro.

CONCLUSÕES

Identificamos uma completude insatisfatória da documentação do processo de enfermagem no prontuário referente à tuberculose na Atenção Primária à Saúde. O processo de enfermagem deve ser implementado na perspectiva do estabelecimento e alcance de metas para o controle da doença, entretanto as fragilidades identificadas nos registros sinalizam a não execução desse processo, resultando na fragmentação da assistência. Ao detectar essa fragilidade do registro, fica nítido o quanto o cuidado do enfermeiro ainda é rodeado por um paradigma que precisa urgentemente ser superado.

Destacamos a necessidade de outros estudos a fim de avaliar o desenvolvimento do registro do processo de enfermagem com outras populações, considerando-o como indispensável na prática do enfermeiro e assegurando-o como direito e dever do exercício da enfermagem. Estratégias de avaliação bem como educação permanente e continuada são indispensáveis na qualidade da documentação dos enfermeiros, implicando diretamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem de qualidade.

Nossos achados devem ser considerados na tomada de decisão clínica no âmbito da saúde pública, pois, caso essas vulnerabilidades não sejam ponderadas nesse cenário, podem obstaculizar a resposta ao controle da tuberculose.

FOMENTO

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de mestrado ao pesquisador José Nildo de Barros Silva Júnior, para realização do estudo que deu origem a este artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180542. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>
2. Conselho Federal de Enfermagem(COFEN). Resolução COFEN Nº 358/2009. Brasília-DF [Internet]. 2009 [cited 2020 Nov 5]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
3. Azevedo OA, Guedes ES, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALM. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03471. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
4. Lofti M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, khajehgoodari M, Rezaei ME, Khalilzad MA. The implementation of the nursing process in lower-income countries: an integrative review. *Nurs Open.* 2020;7(1):42-57. <https://doi.org/10.1002/nop2.410>
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 429/2012. Brasília-DF, 30 maio 2012 [Internet]. 2012 [cited 2020 Dec 6]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

6. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03375. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
7. Becker RM, Heidemann ITSB, Meirelles BHS, Costa MFBNA, Antonini FO, Durand MK. Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2643-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>
8. Rodríguez AMMM, Mishima SM, Lettiere-Viana A, Matumoto S, Fortuna CM, Santos DS. Nurses' work at Family Health Strategy: possibilities to operate health needs. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 6):e20190704. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0704>
9. Temoteo RCA, Carvalho JBL, Lira ALBC, Lima MA, Sousa YG. Nursing in adherence to treatment of tuberculosis and health technologies in the context of primary care. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2019;23(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0321>
10. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2020: executive summary [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 10]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
11. Lima SVMA, Cruz LZ, Araújo DC, Santos AD, Queiroz AAFLN, Araújo KCGM, et al. Quality of tuberculosis information systems after record linkage. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 5):e20200536. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0536>
12. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida IN, Oliveira CSF, JPA Haddad, et al. Performance assessment of primary healthcare services in tuberculosis control in a city in Southeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:00112020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020>
13. Oliveira DRC, Enders BC, Vieira CENK, Mariz LS. Assessment of nursing consultations for tuberculosis patients at primary health care. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18:e1153. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.32593>
14. Maia DA, Valente GSC. The management of information on basic health care and the quality of Nursing Records. *Investig Enferm [Internet]*. 2018 [cited 2021 Feb 5];20(2). Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995111>
15. Tomberg JO, Gonzales RIC, Spagnolo LDML, Vieira DA, Harter J, Herrera JRRV. Use of electronic registration in tuberculosis detection: potentials and difficulties according to professionals. *Cogitare Enferm*. 2018; 23(3):e53918. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.53918>
16. Tomberg JO, Spagnolo LMDL, Valerão NB, Martins MDDR, Gonzales RIC. Records in tuberculosis detection: perception of health professionals. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20190008. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0008>
17. Silva Jr D, Silva Y, Nascimento E. Follow-up of users with tuberculosis: analysis of the quality of records in medical records. *Rev Contexto Saúde*. 2017;17(32):15-24. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.32.15-24>
18. Orfão NH, Crepaldi NY, Brunello MEF, Andrade RLDP, Monroe AA, Ruffino-Netto A, et al. Coordinated care for tuberculosis: data registration and implementation of a computerized system. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:1969-77. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.15352016>
19. Nielsen MBP, Silva AR. The importance of information recording in tuberculosis control. *Salus J Health Sci [Internet]*. 2015 [cited 2021 Mar 17];1(1):61-8. Available from: <http://www.salusjournal.org/wp-content/uploads/2015/12/Salus.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 19]. Available from: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 21];1(1):61-8. Available from: http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
22. Bailer C, Tomitch LMB, D'ely RCSF. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. *Rev Intercâmbio [Internet]*. 2011 [cited 2021 Apr 22];129-14. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/view/10118>
23. Coelho FPS, Silva AM, Maniçoba RF. Aplicação das ferramentas da qualidade: estudo de caso em pequena empresa de pintura. *Rev Fatec Zona Sul [Internet]*. 2016 [cited 2021 Apr 22];3(1):31-45. Available from: <http://www.revistarefas.com.br/index.php/RevFATECZS/article/view/70>
24. Romero DE, Cunha AB. Quality of socioeconomic and demographic data in relation to infant mortality in the Brazilian Mortality Information System (1996/2001). *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):673-84. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
25. Oliveira NB, Peres HHC. Quality of the documentation of the Nursing process in clinical decision support system. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3426-e3426. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>
26. Barra DCC, Gapski GB, Paese F, Dal Sasso GTM, Sousa PAF, Alvarez AG, et al. Validation of nursing diagnosis for nursing consultation on home visit to adults. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200115. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0115>
27. Gryscek LMS, Fracoli LA, Padoveze MC, Caballero SPO, Vilas Boas MAG. Critical analysis of the potential for the use of Nursing nomenclatures in primary health care. *Enferm Foco*. 2019;20(7):50-56. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2471>
28. Dantas SGMR, Silva ALA, Souza ÂC. (2019). O Gerente de Unidade de Saúde da Família: reflexão teórica sobre o uso da CIPESC. *Enferm Foco*. 2019;10(6):188-192. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2389>
29. Andrade CRB, Diógenes CC, Macêdo SM, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Planning and monitoring actions for tuberculosis control in Primary Health Care. *Rev APS*. 2017;40(4). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15865>
30. Vale DL, Freire VECS, Pereira LTB. Nursing consultation in people with tuberculosis: proposal of An instrument. *Ciênc Cuid Saúde*. 2020;19:e50102. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.50102>

31. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, Villa TCS. Primary Health Care and tuberculosis: services evaluation. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20:161-175. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>
 32. Barreto JDJS, Coelho MP, Lacerda LCX, Fiorin BH, Mocelin HJS, Freitas PDSS. Nursing records and the challenges of their implementation in the assistance practice. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1234. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>
 33. Chotolli MR, Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the product of nursing care in specialized hospitals. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2675-81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0354>
-