

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR**

**A COMUNICAÇÃO ESCRITA NA ENFERMAGEM COMO FATOR  
FACILITADOR DA ASSISTÊNCIA**

**BELO HORIZONTE  
2007**

**SIGELBERTO VIDAL DE CASTRO**

**A COMUNICAÇÃO ESCRITA NA ENFERMAGEM COMO FATOR  
FACILITADOR DA ASSISTÊNCIA**

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
obtenção do certificado de especialista em  
Enfermagem hospitalar- área de gestão pela  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal  
de Minas Gerais.

**ORIENTADORA: PROFª MARILIA ALVES**

**BELO HORIZONTE  
2007**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por dar-me forças nesta etapa da minha vida. A minha esposa por compreender a necessidade desta caminhada e agora, mais que nunca, somos três.

A minha filha, Ana Laura, mesmo sem entender, sem dúvida, foi um grande incentivo.

Ao meu pai por não ter esperado esta vitória, desejo-lhe um forte abraço.

A minha mãe exemplo de perseverança e controle.

A Clínica Mantiqueira, por não mostrar resistência a esta pesquisa, abrindo suas portas para a concretização deste projeto.

Aos colegas enfermeiros da especialização, pela troca de experiência, conhecimento e os momentos de descontração.

A professora Maria José Grillo, exemplo de enfermeira, no que diz respeito ao comprometimento ético profissional.

A professora Marília Alves, que neste momento importante de sua vida, mostrou interesse pela construção deste estudo.

## SUMÁRIO

### Capítulo I – Considerações Iniciais

1.1- Resumo.....	04
1.2 - Introdução.....	05
1.3 - Objetivos.....	08

### Capítulo II – Referencial Teórico..... 09

### Capítulo III – Procedimentos Metodológicos..... 11

### Capítulo IV – Apresentação e Análise dos Resultados..... 13

### Capítulo V – Considerações Finais..... 17

### Capítulo VI – Referências Bibliográficas..... 19

### Capítulo VII – Anexos..... 20

## **CAPITULO I**

### **RESUMO**

Os objetivos deste estudo foram analisar os fatores que interferem na comunicação escrita realizada pela equipe técnica de enfermagem. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com bordagem em análise documental, desenvolvido em uma instituição hospitalar psiquiátrica da cidade de Barbacena-MG. Os dados foram coletados mediante consulta minuciosa a 10 prontuários e 1 livro de ocorrência. Os pacientes tinham idade entre 40 a 50 anos com o tempo de internação variando entre 15 a 23 anos, o quadro apresentado por eles eram de esquizofrenia residual. Utilizando um formulário foram colhidas informações no que se refere aos registros realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem nestes prontuários. Com o intuito de identificar quais eram as dificuldades na comunicação escrita realizada pela equipe de enfermagem, a pesquisa verificou uma baixa qualidade nos registros que dificultam a continuidade da assistência nas 24 horas. Os registros são sucintos e não trazem informações coerentes com o quadro dos pacientes, fazendo com que, a assistência prestada pelos profissionais seja de maneira simplificada e coletiva. Torna-se necessário uma conscientização e capacitação dos membros da equipe e também padronização dos registros, sistematizando o cuidado prestado ao paciente hospitalizado.

## INTRODUÇÃO

A comunicação, atualmente, vem sendo considerada um dos mais importantes instrumentos de trabalho em todas as organizações como forma de viabilizar o trabalho em equipe, a continuidade do trabalho e a maximização dos recursos disponíveis. Na área hospitalar esse recurso torna-se imprescindível, considerando a natureza do trabalho, o funcionamento 24 horas e a necessidade de continuidade do trabalho de assistir os pacientes internados pelas equipes que trabalham em plantões de 6, 8 ou 12 horas. Para as equipes de enfermagem esse recurso possibilita a continuidade da assistência prestada ao paciente de forma homogênea e sistematizada.

Ao longo dos anos, tem predominado na prática de enfermagem, em seu exercício profissional cotidiano, a comunicação como base para a prestação de cuidados aos pacientes internados. Em geral, todas as informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem, bem como as pendências de um plantão para outro, são registradas em prontuários de pacientes e livros de ocorrência como fator facilitador para gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento.

Para MELO (1992) os registros devem representar um conjunto completo de informações sistematicamente organizadas, claras e concisas, de modo que seus objetivos sejam alcançados sem distorções ou fragmentação dos dados. Nesse sentido, a comunicação escrita referentes às ações de enfermagem, possibilita o registro e o controle das informações prestadas ao paciente 24 horas e durante todo o período de internação hospitalar, possibilitando à equipe de saúde o acompanhamento do paciente. Os registros nos prontuários dos pacientes e livro de ocorrência devem conter a evolução do paciente e intercorrências.

No entanto nem sempre os registros da enfermagem contêm as informações necessárias à continuidade da assistência nas 24 horas, tornando-se necessário recorrer a outras fontes de informação para não prejudicar o paciente internado. Um dos meios mais utilizados pela equipe de enfermagem para a comunicação escrita é o registro em prontuários de pacientes, nos quais deve-se relatar todos os procedimentos e intercorrências com o mesmo, anotações como: cuidados ministrados pela equipe durante o plantão, realização de curativos e condições da lesão, medicamentos administrados ou a inviabilidade de administrá-lo, encaminhamentos para exames e os resultados, estados psíquicos do paciente e dieta oferecida e se foi aceita. Também é comum a utilização de um livro denominado Livro de Ocorrência, onde são registradas questões singulares, que necessitam de maior atenção das equipes e que é criado pela instituição para facilitar a comunicação entre os plantões.

Os registros de enfermagem no prontuário e no livro de ocorrência constituem um mecanismo de comunicação entre os profissionais de enfermagem e os membros da equipe multidisciplinar; documento de respaldo legal para o cliente, para o profissional e para a instituição; fundamento essencial para a avaliação do cliente e desenvolvimento de uma assistência integral, reduzindo a fragmentação das ações realizadas pelas várias categorias da equipe de saúde e um importante indicador da qualidade da assistência prestada ao cliente.

Para Daniel (1981) com vistas a atender tais finalidades as anotações de enfermagem devem conter termos descritivos, objetivos, concisos, de redação e ortografia claras, sem rasuras, além de possuir horário, identificação da categoria profissional e assinatura legível de quem as fez.

Os registros no prontuário do paciente e livro de ocorrência são realizados, não só pelos enfermeiros, mas também pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e toda a equipe de saúde. Devem conter observações baseadas no estado geral do paciente, fazendo com que as informações contidas nos prontuários e livros de ocorrência possam ser utilizadas por todos os profissionais de saúde, visando padronizar o cuidado prestado ao paciente.

O foco desta pesquisa é sobre a comunicação escrita realizada pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem através dos registros nos prontuários de pacientes com quadro de esquizofrenia residual. A escolha por investigar os registros nos prontuários desta clientela, tem como finalidade conhecer as formas como são realizados estes registros, tendo como base o fato de serem pacientes de longa permanência e, ainda, se estariam sendo assistidos de acordo com os registros e de forma semelhante aos pacientes agudos. O estudo não tem a finalidade de estabelecer ordem de importância entre os pacientes, visa apenas a importância da evolução nos prontuários de um grupo de pacientes de longa permanência para condição da continuidade no cuidado.

Ao fazer uma análise nas evoluções realizadas pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, foi constatada uma baixa qualidade dos registros, considerando que é um dos meios que mostra o trabalho realizado pelo pessoal de enfermagem, refletindo a eficiência e eficácia dos cuidados oferecidos ao paciente e que são utilizados por todos os profissionais de saúde da instituição. Pelo fato da comunicação escrita ser uma estratégia para continuidade das informações nos prontuários, há necessidade de organizar a comunicação escrita impedindo a distorção de informações, que podem prejudicar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

A partir de então, irregularidades/inadequações encontradas nos registros da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação a evolução do paciente, tornou-se um desafio

buscar através de estudos uma maneira de organizar e tentar padronizar estas evoluções, mostrando sua importância a equipe de enfermagem, garantindo uma continuidade da assistência prestada.



## **OBJETIVOS**

- Conhecer a comunicação escrita da equipe de enfermagem sobre pacientes com quadro de esquizofrenia residual nos prontuários e livro de registro de uma unidade psiquiátrica hospitalar ;
- Identificar fatores que interferem na comunicação escrita
- Oferecer subsídios para um trabalho de conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância dos registros em prontuários e livro de intercorrências.

## CAPITULO II

### REFERENCIAL TEÓRICO

A proposta deste estudo foi avaliar os registros feitos em prontuários pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, considerando ser um dos meios mais importantes da continuidade da assistência prestada ao paciente hospitalizado e serem estes os cuidados mais freqüentes.

Segundo Suarez (2000, p.12) "a anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação em enfermagem". Assim constitui um meio básico e imprescindível de comunicar a situação do paciente a toda a equipe multi-profissional, favorecendo a oferta de uma assistência integral e qualificada.

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. É possível estimar que seja responsável por mais de 50% das informações contidas nos prontuários, tornando-se um instrumento de grande significado na assistência, sendo indispensável para a adequada prestação do cuidado. Torna-se importante ressaltar que,

*"...a comunicação é uma das ferramentas básicas para a sustentação do processo de 'cuidar'. Sendo um instrumento básico do processo de trabalho em enfermagem, a comunicação assume uma importância fundamental porque está implícita em todas as ações de enfermagem."* (RODRIGUES E OLIVEIRA, 2000, p.84).

Nesse sentido, por mais elementar que as ações de enfermagem possam parecer, seja de caráter assistencial ou organizativo, a comunicação é um elemento central no trabalho assistencial, influenciando decisivamente na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente hospitalizado.

Lunardi Filho e Paulitsch (1997, p.64) enfatizam que "o processo comunicacional permite que as ações não sejam executadas de forma indiscriminada, casual e arbitrária, mas sim de forma específica, com vistas ao atendimento das necessidades individuais." Na área de saúde, os registros devem ser objetivos, completos e compreensíveis por todos na equipe, fazendo com que haja uma troca de informações na comunicação entre as equipes de enfermagem e com outros profissionais de saúde que prestam o cuidado ao paciente.

Entre os princípios da comunicação escrita preconizada por Blikstein (1987) destaco as seguintes:

- A comunicação escrita será correta e eficaz se produzir uma resposta igualmente correta;
- Escrever bem significa comunicar-se bem, ou o mesmo tornam um pensamento comum;
- A comunicação escrita deve ser suave e persuasiva.

Neste sentido, para obtermos uma comunicação escrita de qualidade no serviço de enfermagem é necessário: ter um pensamento comum; produzir resposta correta e eficaz e facilitar compreensão por todos os membros da equipe. Segundo Forcella (1989), a comunicação realizada através da linguagem escrita, possibilita o registro e controle das informações, assim como a avaliação da assistência prestada ao paciente.

## **CAPITULO III**

### **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de um estudo descritivo que foi realizado por meio de análise documental em dez prontuários de pacientes com quadro de esquizofrenia residual e o livro de ocorrência do posto de enfermagem. Os registros extraídos dos livros de ocorrência e prontuários foram analisados, levando-se em consideração sua relevância e coerência com o quadro clínico e psíquico dos pacientes e suas necessidades.

Este estudo foi realizado em uma instituição hospitalar psiquiátrica privada, de médio porte que há trinta e seis anos presta assistência a portadores de sofrimento mental, situada em uma área rural, no Km-714 na Br-040 próximos a cidade de Barbacena e a 180 Km de Belo Horizonte. A instituição possui uma área de 60 hectares, na qual são realizadas atividades de horticultura e pecuária, também utilizada por pacientes em terapia. A construção é composta por dois pavimentos, sendo distribuídos em seis módulos com capacidade para trinta pacientes em regime de internação. O hospital tem capacidade para 200 leitos e destes leitos, cento e quarenta e dois leitos estão ocupados, sendo 118 pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 24 pacientes conveniados e particulares.

A instituição tem como finalidade prestar cuidados a pacientes com sofrimento mental. Possui uma equipe multi-profissional condizente com as diretrizes da psiquiatria atual no contexto da humanização da saúde, composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico, nutricionista e terapeuta ocupacional.

A equipe de enfermagem é composta por quatro enfermeiros, dois plantonistas noturnos que se revezam em escala 12x36 e dois diaristas, juntamente com trinta e três técnicos e auxiliares de enfermagem, que se revezam em quatro turnos, sendo dois plantões diurnos e dois plantões noturnos se revezando em uma escala 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso.

O campo de estudo foi um módulo com capacidade para 30 leitos, nas quais a investigação direcionou-se para os registros de técnicos e auxiliares de enfermagem dos quatro turnos, dois diurnos e dois noturnos realizado em dez prontuários e um livro de ocorrência.

O período de desenvolvimento do estudo compreendeu entre o 1º dia do mês de agosto ao 1º dia do mês outubro de 2006, sendo investigados 10 prontuários e um livro de ocorrência. Embora este número pareça reduzido, para a realidade do campo de coleta de

dados ele toma proporções significativas, levando em consideração que o referido módulo possui 30 pacientes com diversos quadros de esquizofrenia, sendo escolhidos propositalmente 10 prontuários de pacientes, diagnosticados pelos seus respectivos médicos assistentes como portadores de esquizofrenia residual, de acordo com o CID-10 (Código Internacional de Doenças), com idade entre 40 a 50 anos e com o período de internação variando de 15 a 23 anos.

O CID-10 (Código Internacional de Doenças) menciona que a esquizofrenia residual como um estágio crônico da doença, no qual houve uma progressão clara de um estágio inicial para um estágio mais tardio caracterizados por sintomas “negativos” de longa duração , embora não necessariamente irreversível.

Louzã Neto e Moreno (1993, p.47-51) denominaram esses quadros como reação compreensível à doença e destacaram sua importância entre os diagnósticos diferenciais da depressão na esquizofrenia. Por fim, outros postularam que os sintomas depressivos podem acontecer em qualquer momento da evolução da doença esquizofrênica, quer nos pródromos, nos quadros de atividade ou no pós-surto.

A partir destas identificações iniciais procedemos a uma leitura minuciosa dos registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem nos prontuários e no livro de ocorrência. Na coleta e análise dos registros serão observados itens importantes como: 1) clareza e coerência das mensagens; 2) legibilidade; 3) continuidade nas informações e registros; 4) a relatos de intercorrência com os pacientes com quadro residual.

Com vistas a atender as questões éticas e legais relacionadas à pesquisa, o projeto foi exposto à direção clínica do referido hospital recebendo autorização para a circulação no local onde seria realizada a investigação dos registros de enfermagem nos prontuários e livro de ocorrência.

## CAPITULO IV

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Cumpramos ressaltar que a busca por tais registros deu-se através de um formulário para o direcionamento no que iríamos observar nas evoluções da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem. A coleta dos dados nos prontuários e livro de ocorrência compreendeu entre o primeiro dia de agosto ao primeiro dia de outubro de 2006. Foram extraídas anotações dos prontuários, respeitando a privacidade do funcionário, os quais foram nomeados com nomes de heróis gregos.

Observamos no livro de ocorrência que os relatos escritos pela equipe de enfermagem, eram: 1) intercorrências com todos os paciente no sentido de mudança comportamental, mas que não tinha um prosseguimento na conduta, apenas que foi medicado conforme prescrição. 2) registros de controle de pressão arterial; 3) exames a serem realizados fora do hospital; 4) comunicados administrativos dos (as) enfermeiros (as) para a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Ao observarmos os prontuários dos pacientes com quadro esquizofrênico residual, constatamos que não havia uma clareza /ou coerência nas mensagens, não havia continuidade das informações escritas; e os relatos das intercorrências não obedeciam um padrão pela equipe de enfermagem.

Segundo Blikstein (1987) para a escrita da comunicação formal se tornar correta, deve-se obedecer a regras gramaticais evitando erros de sintaxe, de pontuação e de ortografia, palavras e frases obscuras ou de duplo sentido, e empregando expressões persuasivas, isto é, expressões cujos resultados finais demonstram saldos socialmente positivos.

Mostraremos alguns exemplos de relatos encontrados nos prontuários:

*[...]calmo aceita medicação, sem queixas, segue em observação [...]* Zeus

*[...] calmo, confuso, aceita bem sua medicação, mantido em observação [...]* Era

*[...] apresenta bom contato verbal, aceita medicação, sem alteração[...]* Íris

*[...] alimentou-se bem, higienizado com auxílio da equipe, em observação.[...]*

Afrodite

Segundo Forcella (1989, p.157), a comunicação realizada através da linguagem escrita, relatando as ações de enfermagem, possibilita o registro e controle das informações,

assim como a avaliação da assistência prestada. Como observamos existe uma má qualidade nas evoluções contidas nos prontuários, necessitando de uma padronização que obedeça a uma ordem cronológica. O que nos chama atenção é que, todos os pacientes estão em observação, mas não há registros de que tipo de observação, havendo assim uma padronização genérica, tornando-se complexo o modo com que se trata a singularidade de cada paciente hospitalizado.

Para Chiavenato (1997, p.157). “Comunicação é uma atividade administrativa que tem dois propósitos: propiciar informações e compreensão necessária para que as pessoas possam se conduzir nas tarefas; propiciar as atitudes necessárias que promovam a motivação, cooperação e satisfação nos cargos”.

O registro de enfermagem sendo um dos aspectos da comunicação mais utilizada pela equipe, no que se diz respeito à qualidade e continuidade da assistência, evolução e resultado, passa a ser realizado de forma insuficiente, desmistificando o que a enfermagem tem de melhor: o cuidado. Havendo registros de cuidados gerais, padronizados e insuficientes para se entender a situação do paciente, torna-se difícil estabelecer a continuidade do cuidado.

Para Jorge (1974,) a passagem de plantão é o encontro do pessoal que entra e o que sai, transmitindo informações sobre o paciente, visando garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem e que essa atividade exige da enfermagem um relatório preciso sobre o estado de saúde do paciente”.

Nesse sentido, a passagem de plantão torna-se essencial para a continuidade da assistência e comunicação escrita de forma sistematizada é fundamental para organização de um eficiente trabalho na enfermagem, fazendo com que haja não só uma interação entre a equipe, mas com todos os profissionais de saúde. Passamos adiante a alguns relatos dos plantões noturnos:

*[...] calmo, confuso, calado, tomou sua medicação, sem queixas ou alteração segue em observação [...] Gaia*

*[...] calmo, aceita sua medicação, sem queixas ou alterações sem alterações [...] Era*

*[...] medicado conforme prescrição, sem alteração [...] Apollo*

*[...] tranqüilo, calmo, higienizado e apetite mantidos, **ffn**, isolados dos demais[...] Vênus*

*[...] calado, confuso, ficando parte do tempo em seu leito, higienizado e apetite OK! **ffn** s/ alteração[...] Apollo*

Observa-se nestes relatos o mesmo caráter impessoal e padronizado, informações sem indicar causa – motivo, sugestionando não haver interação entre os técnicos e auxiliares de enfermagem durante os plantões com o ator principal: o paciente. Os resultados obtidos na pesquisa, mostram também, estratégias a serem tomadas para a melhora nos registros realizados pela equipe técnica de enfermagem.

Em relação com o item *as mensagens são claras e coerentes*, observamos que, a equipe de enfermagem evolui aspectos superficiais, com termos subjetivos não havendo um tempo cronológico para suas evoluções, nem clareza suficiente na informação que possa servir de subsídio para outros plantões, comprometendo a confiança como base para decisões.

[...] *aceitou a medicação, pouco contato, dorme bem [...]*

Em relação ao item *a letra é legível*, observa-se que grande parte dos registros realizada pela equipe de enfermagem é boa, apesar de se observar que levando em alguns registros há erros de ortografia. Quanto ao uso de siglas ou abreviações incorretas, foram encontrados em algumas situações dificuldade a leitura, comprometendo a veracidade dos fatos, a comunicação entre todos os profissionais e, conseqüentemente a assistência o paciente. Os erros ortográficos sinalizam a baixa escolaridade e qualificação dos profissionais da equipe de enfermagem.

[...] *medicação ok!, antes de dormir ffñ presentes, em observação [...]*

Uns dos exemplos extraídos de abreviações é *ffñ*, que significa funções fisiológicas normais, termo utilizado com freqüência pelos profissionais. O que abordo é que cada profissional possui a sua subjetividade, singularidade e própria maneira de interpretar um fato e isso não pode ser normatizado na coletividade. O item *existe continuidade nas informações e registros*, foi observado que a comunicação escrita é feita no prontuário de forma restrita/limitada, sendo utilizado com mais freqüência pela equipe o livro de ocorrência existente no posto de enfermagem, não se respeita a singularidade dos pacientes. Observamos que os demais profissionais que trabalham no hospital não possuem acesso a determinadas informações, fazendo com que haja duplicidades nas informações e procedimentos.



Em relação aos *relatos de intercorrência com pacientes com quadro residual*, observamos que não havia intercorrências significativas nas evoluções em livros de ocorrência mas apenas em prontuários. Acreditamos que, por se tratar de um quadro residual e sua sintomatologia é justificada na maioria dos casos como negativas, não sendo constatado intercorrência do tipo: 1) mudança brusca de comportamento; 2) hetero-agressividade com demais pacientes.

## CAPITULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos, o estudo permitiu evidenciar que a equipe de enfermagem não tem registrado nos prontuários aspectos fundamentais relacionados ao comportamento dos pacientes com quadro de esquizofrenia residual, observou-se que as anotações eram superficiais e executadas de forma repetitiva pelos profissionais de enfermagem nos quattros plantões de trabalho, diurno e noturno.

Outro fato observado nesta pesquisa é que os profissionais dos plantões noturnos não relatavam em prontuários condições de sono dos pacientes, nem o que era realizado quando apareciam as intercorrências, se o enfermeiro responsável pelo plantão e o médico eram acionados. Assim, os registros sinalizam apenas a intercorrência do paciente, não abrangendo sua consequência ou medidas adotadas.

O que se faz relevante é considerar que o cuidado prestado ao paciente, no decorrer da internação, deve ter seqüência e continuidade, sendo que o registro incompleto dos sinais e sintomas do paciente indica uma lacuna no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, resultando em prejuízo no seu próprio objeto de trabalho. Salientamos que uma das funções do enfermeiro como líder de equipe, é manter esta equipe sempre alerta quanto à qualidade de suas ações, buscando estratégias, para organizar os registros das atividades realizados pela equipe, promovendo a continuidade do cuidado, elaborando suas anotações de forma clara, precisa e objetiva.

Neste sentido, é necessária uma supervisão direta por parte do enfermeiro, no sentido de avaliar os registros realizados por cada equipe, em cada turno, mostrando erros, elogiando os acertos e incentivando os funcionários.

Portanto, é necessário que a equipe de enfermagem, sempre que possível, considere a necessidade de uma observação sistematizada, que não deixe margens a interpretações duplas e errôneas, tendo em vista que os registros direcionam o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente e proporcionam informações relevantes a outros membros da equipe que o assistem. A equipe de enfermagem necessita estar preparada em suas evoluções, para melhor entender e desenvolver a comunicação escrita de forma sistematizada.

As anotações de enfermagem, expressam a assistência prestada ao cliente. Nesse sentido sugere-se que o enfermeiro atue frente a sua equipe de modo a conscientizá-la da

importância da comunicação escrita a fim de procederem adequadamente às anotações. Frente a tal desafio, pode-se contar com a parceria da Educação permanente.

## CAPITULO VI

### BIBLIOGRAFIA

BLIKSTEIN, I. Técnicas de comunicação escrita. 5. ed. São Paulo: Ática, 98 p., 1987.

CHIAVENATO, I. Decorrência da Teoria das relações humanas In - Introdução à Teoria Geral da Administração. 5 ed. São Paulo: Makron Books, 1997. 920 p. Cap 6, 157-219 p..

DANIEL, L.F. A enfermagem planejada. 3ª ed. São Paulo: EPU, 92 p., 1981.

FORCELLA, H.T. Estudo de impresso de anotação de enfermagem psiquiátrica. São Paulo: Escola de Enfermagem da Usp, 157 p., 1989. (Tese de Doutorado em Enfermagem).

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 142 p., 1988.

JORGE, D.R. Efetividade da comunicação do pessoal de enfermagem na passagem de plantão. Rev. Bras. Enf. Rio de Janeiro: v.27, n.2. 150-163 p., Abr/jun. 1974.

LOURENÇO, M.R. et al. Análise das anotações da equipe de enfermagem segundo Du Gas. In: Mendes, I.A.C.; CARVALHO, E.C. de (orgs.) Comunicação como meio de promover saúde. Ribeirão Preto, SP. FIERP. 37- 41 p., 2000.

LOUZÃ Neto MR, Moreno RA. Diagnóstico diferencial e tratamento farmacológico de depressão em esquizofrenia. J Bras Psiquiatria, v. 42: 47-51 p., 1993.

MELO, M.R.A. da C. e MARZIALE, M.H.P. Anotações de Enfermagem: Canal de Comunicação. In: Simposio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. 3, 1992. Ribeirão Preto, SP. ANAIS. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 470-480 p., 1992.

RODRIGUES, M. de F.; OLIVEIRA, A .G.B. de. Desvendando os bastidores da rede de comunicação entre a equipe de enfermagem e os pacientes sob seu cuidado. In: MENDES, I.A.C.; CARVALHO, E.C. de (orgs.). Comunicação como meio de promover saúde. Ribeirão Preto, SP: FIERP. 87-91 p., 2000.

SUAREZ, G.G. Anotações de enfermagem: padronização no hospital de clínicas da UFPR. Cogitare Enferm., Curitiba, v.5, n. esp., 12-15 p., jan./jun.2000.

**ANEXO I****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, \_\_\_\_\_ me disponho a participar da pesquisa:

A comunicação escrita na Enfermagem como fator facilitador da assistência, sob a responsabilidade da Prof.<sup>a</sup> Marília Alves do quadro efetivo da Universidade Federal de Minas Gerais.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pela pesquisadora de que:

A pesquisa se justifica pela oportunidade de avaliar a forma de como eram realizados os registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem nos prontuários de 10 pacientes com quadro de Esquizofrenia .

Os prontuários foram escolhidos de forma aleatória, obedecendo ao quadro de Esquizofrenia residual diagnosticado pelos seus receptivos médicos assistentes.

Terei acesso aos respectivos prontuários garantir de que nada será publicado sem minha autorização e respeitando primeiramente a individualidade de cada cliente, bem como os registros da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Será garantido o anonimato por ocasião da divulgação dos resultados. Estou informado que usarei um pseudônimo para divulgação dos resultados.

Que este termo será assinado por mim e pela pesquisadora em duas vias, ficando um com a referida pesquisadora e outro comigo enquanto sujeito do estudo.

Caso sinta necessidade de contactar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelos telefones (32) 3331-3417 (residência) ou (32) 84059890.

Diante exposto asseguro que as informações que prestei serão baseadas na verdade e relevantes para o bom êxito da pesquisa.

Barbacena, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da orientadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do orientando



## ANEXO II

### PARECER CONSUBSTANCIADO

#### I- IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto: A comunicação escrita na enfermagem como fator facilitador da assistência.

Pesquisador responsável: Sigelberto Vidal de Castro

Instituição onde se realizará a pesquisa: Clínica Mantiqueira

Data de apresentação ao CEP: 08/01/07.

#### II- OBJETIVOS

- 1- Conhecer a comunicação escrita de equipe de enfermagem sobre pacientes com quadro de esquizofrenia residual nos prontuários e livros de registros de uma unidade psiquiátrica hospitalar;
- 2- Identificar fatores que interferem na comunicação escrita;
- 3- Oferecer subsídios para um trabalho de conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância dos registros em prontuários e livro de ocorrências.

#### III- SUMÁRIO DO PROJETO

3.1- Descrição e caracterização da amostra: a amostra será coletada em prontuários de pacientes com quadro de esquizofrenia residual, diagnosticada pelos respectivos médicos assistentes em um módulo hospitalar psiquiátrico. A partir daí, serão transcritas e analisadas.

3.2- Critérios de inclusão e exclusão: os prontuários analisados serão apenas de pacientes com quadro de esquizofrenia residual internados e 4m longa permanência.

3.3- Adequação da metodologia: trata-se de um estudo descritivo com análise documental.