



AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO

LETÍCIA ROSA SANTOS, Elaine Cristina Santos Alves, Tamara Figueiredo, MARICY KARINY SOARES OLIVEIRA, MONICA ANTAR GAMBA, MARIZA ALVES BARBOSA TELES, WELLINSON SANTOS ALVES

INTRODUÇÃO

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da sua atuação, portanto, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário do cliente [1].

Estes têm como finalidades: estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa em enfermagem [2].

Os registros de enfermagem, por permitirem a avaliação dos procedimentos implementados e possibilitar a determinação da qualidade da assistência prestada, atuam como instrumento facilitador do (re) planejamento e da coordenação do cuidado [3]. Desse modo, para a redação eficaz dos registros, faz-se necessário que estes sejam objetivos, concisos, exatos, atuais, completos, legíveis, discretos, não contenham erros ou rasuras, nem espaços em branco e, ao final, contenham a assinatura legível de quem os redigiu [4].

Em que pesem as utilidades dos registros escritos, muitos profissionais da enfermagem realizam anotações por obrigatoriedade imposta, pela instituição ou para cumprir rotinas. Outros se referem a elas como mero aumento da “burocracia” e reclamam porque ninguém ou quase ninguém as lê. Fatos como estes, indicam que os registros de enfermagem não são vistos pela própria categoria como parte inerente do cuidado [5].

Neste contexto é fundamental que se realizem estudos no sentido de detectar imperfeições que fragilizam as anotações de enfermagem com vistas a aprimorar o trabalho e também os documentos produzidos pela assistência administrada ao paciente.

Impõe-se como grande preocupação e desafio o processo de educação e registro do serviço de Enfermagem. Este trabalho objetivou identificar as características das anotações de enfermagem. E a partir do proposto verificar a qualidade dos registros e quais são oportunidades de melhoria deste processo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental retrospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado por meio de consulta nos prontuários encaminhados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de um hospital de nível terciário, de médio porte, universitário, localizado no Norte de Minas Gerais, na cidade de Montes Claros realizado na clínica médica, no período de julho a dezembro de 2012.

Como instrumento para coleta dos dados, foi utilizado um formulário elaborado para esse fim, composto por dados de identificação e itens de classificação dos registros baseado nas linhas gerais consideradas no referencial teórico e legislação referida e pesquisas de mesma temática já realizadas e validadas pelo Conselho Regional de Enfermagem [6,7].

Os dados foram coletados e lançados em um banco de dados do Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0 for Windows e Microsoft Excel 2010, viabilizando a construção de gráficos e tabelas para realizar a análise descritiva dos dados.



Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil com parecer nº 249.984/2012.

Este estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução N° 196 de 10/01/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa na plataforma Brasil e aprovado com o parecer nº 249.984.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Das 289 internações ocorridas no período de julho a dezembro de 2013, utilizou-se uma amostra de 189 prontuários, os quais foram selecionados pela técnica de amostragem estratificada proporcional, obedecendo a um intervalo de confiança de 95% e p de 0,05, sendo que a identificação dos prontuários ocorreu a partir do levantamento de internações da clínica médica em estudo emitido pelo Serviço de arquivo médico e estatístico – SAME, do hospital.

No período de estudo ocorreram 289 internações, com período mínimo de 1 dia e máximo de 97 dias; com média de 19,58 dias; desvio padrão de 13,95.

A análise do período de internação indica que o índice médio de internação nesta clínica médica é alto (19,58 dias), quando comparado com dados do Sistema de Informações Hospitalares – DATASUS [8], em que o tempo de permanência médio de internação no período de estudo em Montes Claros foi de 6,3 dias e no Estado de Minas Gerais foi de 6,8 dias.

Considerou-se o item “anotação descritiva de admissão conforme” aquele prontuário que possuía uma anotação de admissão do paciente na clínica em estudo independentemente dos dados anotados, e “anotação descritiva de admissão não conforme” aquela que não tinha nenhuma anotação. Dos prontuários, 96,3% ($n=182$) estavam conformes e 3,7 % ($n=7$) não conformes.

Houve anotação descritiva de admissão em 96,3% ($n=182$), atenta-se para o fato que não existe uma anotação padrão adotada pela referida clínica, encontrando-se desde anotações incompletas, às mais completas como condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.); presença de acompanhante ou responsável; condições de higiene; queixas relacionadas ao motivo da internação; procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.); orientações prestadas, como preconizado pelo [9].

Considerou-se o item “rasura conforme” como a rasura que segue as orientações do COFEN – em sua Resolução 191/96 como forma de correção, “rasura não conforme” como aquela que não segue as recomendações. Das rasuras encontradas, 18,71% ($n=64$) estavam conforme preconiza o COFEN e 81,29% ($n=278$).

As principais formas encontradas de correção utilizadas pelos profissionais nas anotações com rasura foi o uso de parêntesis e aspas 5,26% ($n=2$), uso da palavra digo 44,74% ($n=17$) e riscou a anotação errada 50% (19).

Houve uma grande quantidade de rasuras (342) neste estudo demonstrando fragilidade nos registros enfermagem na instituição pesquisada. Entretanto, quando comparado a estudo similar realizado por Matsuda *et al* (2007) que observou (41) rasuras em 71 anotações percebe-se que os valores encontrados assemelham-se com a realidade de muitas instituições.

As rasuras encontradas constituíram-se de traços ou rabiscos a caneta, sobrepondo-se a palavra ou expressão, tentando substituir, anular ou consertar. Castilho e Campedelli [10] enfatizam que as anotações de enfermagem consistem em documentos legais, não podendo ser rasurados e que, em caso de erro deve-se usar “digo”, entre vírgulas.

Considerou-se o item “letra legível” como aquela anotação em que a escrita está legível, e “letra não legível” como aquela em que não se consegue ler. Pode-se perceber que 82% ($n=155$) das anotações estavam legíveis e 18% ($n=34$) estavam ilegíveis.

Percebe-se que houve aumento de anotações de enfermagem com letra ilegível de 12,6% [10] 18% nesta pesquisa. Semelhante situação foi encontrada nos estudos de Matsuda *et al*. [1]. Nesse sentido, considera-se prevalência significativa de letra legível consistindo em um dos principais aspectos a ser considerado em qualquer documentação visto que pode resultar em prejuízos ao cliente, ao profissional e à instituição.



A ilegitimidade da letra, encontrada em 18% (n=34), constitui desrespeito ao cliente, a quem pertence o prontuário, caracterizando falta de responsabilidade dos profissionais da equipe e da instituição, por desfavorecer processos administrativos, clínicos, legais, de ensino e pesquisa.

Quando o prontuário está corretamente preenchido com letra legível e assinado, torna-se a principal peça de defesa da equipe, nos casos de denúncia de atendimento comprometido por indícios de imperícia, imprudência ou negligência de acordo com a Resolução do COFEN nº 311/2007 [8].

A Resolução do COFEN nº 311/2007 enfoca também que é dever de todo pessoal de enfermagem manter perfeita anotação nas papéletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem [8].

CONCLUSÃO

Neste estudo, parte dos registros encontra-se em conformidade com as normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, porém cabe ressaltar que alguns itens merecem atenção por parte da equipe de Supervisão de Enfermagem como a anotação do número do registro e leito, o uso do carimbo, padronização da anotação de admissão e alta e/ou óbito, o registro da justificativa de não administração dos medicamentos prescritos, e padronização de checagem de medicamentos.

De forma geral percebe-se a necessidade de melhorar a qualidade dos registros de enfermagem com informações mais completas e que realmente tragam dados sobre os cuidados que foram realizados com o paciente. Isto permitirá que os registros efetuados sejam parâmetros confiáveis para o alcance de níveis de excelência assistencial.

Fazem-se necessárias investigações para identificar quais fatores ou condições atuam como dificultadores do registro de enfermagem no cenário deste estudo, a fim de realizar investimentos em educação continuada e permanente. Esforços devem ser envidados pela instituição e pela equipe de enfermagem na busca de regularizar seu processo de trabalho, adotando, por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem em toda sua plenitude e complexidade, para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos usuários; treinamentos pela equipe de Educação Continuada; e monitoramento contínuo das anotações por meio da Auditoria de prontuários.

REFERÊNCIAS

- [1] MATSUDA, LM, SILVA DMPP, ÉVORA YDM, COIMBRA JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica Enfermagem* 2007; 8(3): 415-42. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista_3/v8n3a12.htm. SETZ, Vanessa Grespan;
- [2] D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 22, n.3, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de Setembro de 2012.
- [3] VITURI, D., MATSUDA, L. Análise dos registros de enfermagem quanto a cuidados de qualidade: um estudo descritivo e retrospectivo exploratório de abordagem quantitativa. *Revista Brasileira de Enfermagem Online*. 7 de fevereiro 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1241/295> >. Acesso em: 28 de agosto de 2012 .
- [4] POTTER PA, PERRY AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- [5] PÁDUA AR. Análise das anotações de enfermagem: uma contribuição à sistematização da assistência de enfermagem. *Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [anais eletrônicos]*. 2002 [acesso em 2006 mar. 9]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>
- [6] CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *Deliberação COREN-MG 135/00. Normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais para ações que constituem a documentação da enfermagem/Como anotar*. Minas Gerais (Brasil): COREN-MG; 2000.
- [7] BARRAL *et al*. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.16, n.2, p.188-193, 2012.
- [8] DATASUS. Brasil; 2013 jun [acesso 2013 jun 10]. **Sistema de informações hospitalares**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxmg.def>. Acesso em 10 de junho de 2013.
- [9] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução Cofen no 191, de 31 de maio 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem [resolução na internet]. *Diário Oficial da União* 31 maio 1996. [acesso em 26 abril 2013]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ionID=34>.
- [10] CASTILHO V, CAMPEDELLI MC. Observação e registro: subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, organizadora. *Processo de Enfermagem na prática*. São Paulo: Ática; 1989.



8^o

FÓRUM ENSINO · PESQUISA
EXTENSÃO · GESTÃO

FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras

REALIZAÇÃO:

Unimontes
Universidade Estadual de Montes Claros

APOIO:

FAPEMIG

FADENOR

24 a 27
setembro

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

REFERÊNCIAS

- [1] MATSUDA, LM, SILVA DMPP, ÉVORA YDM, COIMBRA JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica Enfermagem** 2007; 8(3): 415-42. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm.SETZ, Vanessa Grespan;