

A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

QUALITY OF NURSING RECORDS IN CHARTS OF HOSPITALIZED PATIENTS

LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PRONTUARIOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Lucilena Françolin^I
Maria de Fátima Paiva Brito^{II}
Carmen Silvia Gabriel^{III}
Taisa Melo Monteiro^{IV}
Andrea Bernardes^V

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de um hospital privado do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de estudo descritivo, com análise documental retrospectiva de dados extraídos de planilhas secundárias utilizadas pela comissão de prontuários, referentes a 72 prontuários de pacientes internados no período de setembro de 2010 a março de 2011. Cinco itens foram analisados: admissão, acesso venoso periférico, dor, transferências internas e intercorrências. Os subitens relacionados a cada item foram analisados utilizando-se um escore, considerados como ótimos os subitens com incidência de até 90%, bom de 80-89%, regular de 70-79% e ruim abaixo de 70%. Dos 22 subitens analisados, 53,3% apresentaram níveis ótimos e bons. Atenção especial deve ser dispensada aos registros referentes à dor, acesso venoso e antecedentes alérgicos, que atingiram classificação ruim, apesar de serem extremamente relevantes na gestão da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Assistência; registro de enfermagem; qualidade; informação.

ABSTRACT: This study aimed at evaluating the quality of nursing records of a privately-owned hospital in the State of São Paulo, Brazil. It is a descriptive study on the basis of retrospective documentary analysis made out of secondary worksheets used by the charts' commission, referring to seventy-two medical records from September, 2010 to March, 2011. Five items were analyzed: admission, peripheral venous access, pain, internal transfers, and complications. The sub-items related to each item were analyzed on the basis of a scoring standard, by which sub-items with incidence up to 90% are ranked as excellent; those between 80-89% are good; those between 70-79% are average; and those below 70% are poor. Out of the 22 sub-items evaluated, 53.3% had excellent and good levels. Special attention should be given to records pertaining to pain, venous access, and history of allergy which had poor rating, even though they are extremely relevant in the management of nursing care.

Keywords: Assistance; nursing records; quality; information.

RESUMEN: El objetivo fue evaluar la calidad de los registros de enfermería en los prontuarios de un hospital privado en el estado de Sao Paulo, Brasil. Este es un estudio descriptivo, con análisis documental retrospectivo de datos procedentes de las hojas secundarias utilizadas por la comisión de prontuarios, en referencia a 72 prontuarios de pacientes ingresados desde septiembre de 2010 hasta marzo de 2011. Cinco temas fueron discutidos: admisión, acceso venoso periférico, dolor, transferencias internas y complicaciones. Los subtemas relacionados con cada tema fueron analizados mediante un puntaje considerando óptimos los subtemas con incidencia de hasta 90%, bueno entre 80-89%, regular entre 70-79% y malo inferior a 70%. De los 22 subtemas analizados, 53,3% tenían niveles óptimos y buenos. Se debe prestar especial atención a los registros relacionados con acceso venoso periférico, dolor y antecedentes de alergia que tuvieron mala calificación, a pesar de que son muy relevantes en la gestión de los cuidados de enfermería.

Palabras clave: Asistencia; registro de enfermería; calidad; información.

INTRODUÇÃO

No processo de atenção à saúde, a documentação das atividades e dos seus resultados por meio de registros escritos, constitui-se no instrumento de comunicação mais efetivo para o (re)planejamento, continuidade e ava-

liação dos serviços prestados aos clientes, além de servir de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas¹. O registro das atividades e informações sobre o estado clíni-

^IEnfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gerente de Qualidade do Hospital São Lucas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: lucilena@usp.br

^{II}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá e Enfermeira Assistencial da Prefeitura de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: paivabrito@ig.com.br

^{III}Enfermeira. Doutora em Administração do Serviço de Saúde. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: cgabriel@eerp.usp.br

^{IV}Enfermeira. Gerente de Práticas Assistenciais do Hospital São Lucas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: taisa.monteiro@gruposaolucas.com.br

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto São Paulo, Brasil. E-mail: andreab@eerp.usp.br

co dos pacientes internados em um hospital é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área de saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos e dos resultados obtidos através de exame constituem o chamado prontuário do paciente ou do cliente².

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução nº 1.638/02, define prontuário como:

documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo³.

O prontuário é um documento valioso para o paciente, para a equipe de saúde que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de ser instrumento de defesa legal⁴.

A documentação da assistência ao paciente permite o acompanhamento das condições de saúde do mesmo, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Portanto, deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão⁵.

Para que esses registros sejam eficazes, é necessário que a redação seja objetiva, concisa, exata, atual, completa, legível, discreta, que não contenha erros ou rasuras, nem espaços em branco e que, ao final, contenha a assinatura legível de quem redigiu⁶.

Entretanto, percebe-se que a documentação das intervenções de enfermagem é um dos campos mais deficientes do processo da assistência de enfermagem e as causas subjacentes deste problema estão relacionadas com a deficiência dos prestadores de serviços em atender às necessidades dos pacientes, a falta de tempo para registrar de forma detalhada a assistência proporcionada, a carência de formas estruturadas de coleta de dados⁷.

Muitos são os fatores que dificultam um adequado registro de enfermagem como: sobrecarga de trabalho para a equipe, não valorização dos registros como parte do processo de trabalho da enfermagem e desconhecimento da importância devido à escassez de educação continuada / permanente. Mesmo assim, o registro escrito constitui-se em uma das provas mais valiosas sobre a atuação e a qualidade dos cuidados prestados¹.

Os registros de enfermagem, quando são escassos e inadequados, comprometem a assistência prestada ao paciente, bem como à instituição e à equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, dificultando a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfer-

meiro⁸. A ausência de registros pode implicar, entre outras coisas, na duplicação de procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados, e até na não execução de determinada atividade, o que pode colocar em risco a própria recuperação do usuário.

Nesse sentido, os registros de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação do processo de saúde/doença, especialmente considerando que essa equipe acompanha todo esse decorrer de forma mais integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações.

Apesar da importância das anotações de enfermagem com relação aos aspectos legais e assistenciais, estas com frequência não contêm informações adequadas para apoiar a instituição, a equipe e o paciente, existindo muitas vezes um descaso.

Para garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.638/2002, no seu Art. 3º, estabelece a obrigatoriedade do estabelecimento de uma Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de assistência médica³. Na prática hospitalar, observa-se que grande parte dos cuidados que são implementados junto aos pacientes, das orientações que são prestadas e dos encaminhamentos que são agilizados pela enfermagem não são anotados e quando os registros são efetuados estes são concisos e, muitas vezes, não expressam a extensão, complexidade e importância daquilo que foi realizado pela equipe de enfermagem⁹. Além disso, as anotações realizadas pela equipe de enfermagem são fragmentadas, compostas por repetição de dados e desprovidas de uma maior profundidade de análise¹⁰.

Com base no exposto, este estudo justifica-se pela necessidade de se verificar, na prática, como, quando e em que situações os trabalhadores da equipe de enfermagem procedem aos registros nos prontuários.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de um hospital privado do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, buscou-se um aprofundamento em relação ao prontuário do paciente e a importância da qualidade do seu preenchimento.

O prontuário do paciente possui hoje uma grande quantidade de registros, englobando questões administrativas, resultados de exames laboratoriais, ra-

diológicos e outros, histórico de sua doença e de seus familiares, prescrições e evoluções médicas e os registros de enfermagem, caracterizados pelas anotações de enfermagem, destinados a toda equipe¹¹.

Os registros de enfermagem constituem-se num importante meio de comunicação para equipe de saúde, sobretudo quando valorizadas e realizadas com um determinado padrão de qualidade, permitindo uma visão global do paciente, assegurando a continuidade das informações e conseqüentemente da assistência prestada¹¹. As anotações da enfermagem são de extrema importância, visto que 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas por esta categoria, tornando-se indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário¹². Tais registros, além de garantirem a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, pois constituem o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao paciente¹³.

O prontuário do paciente, teoricamente completo, traz todas as informações para dirimir qualquer dúvida que porventura apareça quanto aos procedimentos realizados na assistência ao paciente. Quando corretamente preenchido em letra legível, devidamente assinado e carimbado, é e tem sido o principal documento de defesa da equipe de saúde nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência⁴.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, com análise documental retrospectiva com vistas a analisar os registros da equipe em duas unidades de terapia intensiva adulto, uma unidade de terapia intensiva pediátrica e três unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital privado, geral, de médio porte do interior do estado de São Paulo, acreditado pleno pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Vale ressaltar que o hospital utiliza o prontuário eletrônico para registros das equipes multidisciplinares, mas o arquivamento das informações se dá através do meio físico, com impressão posterior de todos os registros depois de efetuados no meio eletrônico.

A análise documental foi realizada por meio da análise de dados extraídos de planilhas secundárias utilizadas para avaliação de 72 prontuários pela comissão de prontuários do hospital, no período de setembro de 2010 a março de 2011, após autorização da diretoria da instituição.

Foram analisados cinco itens que constam no manual de anotações de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN SP) 2009¹³, sendo estes: anotações referen-

tes à admissão do paciente, acesso venoso periférico, dor, transferência interna de setor e intercorrências. Para a análise dos 22 subitens relacionados a cada item, foi elaborado um escore, considerados como ótimo os itens com incidência acima de 90%, bom de 80 a 89%, regular de 70 a 79% e ruim abaixo de 70%.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram analisadas as planilhas relacionadas a 72 prontuários do período de setembro de 2010 a março de 2011.

Na análise dos resultados das anotações de admissão, verifica-se que, dos 7 subitens, 5 deles atingiram uma conformidade ótima e boa, mas destaca-se que ainda são insatisfatórias as anotações relacionadas aos itens de coleta de exames e registro de antecedentes alérgicos, sendo este último um item vital para o gerenciamento de possíveis riscos aos quais o paciente pode ser exposto durante o processo assistencial, conforme mostra a Tabela 1. As reações alérgicas constituem uma fração importante dos eventos adversos decorrentes da exposição a medicamentos e de seu potencial de morbimortalidade. De maneira geral, considera-se que as reações alérgicas respondam por cerca de 3 a 6% de todas as admissões hospitalares e que ocorram em um total de 10 a 15% dos pacientes hospitalizados¹⁴.

TABELA 1: Conformidades dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados relacionados à admissão. Ribeirão Preto-SP, 2011.

Itens avaliados	%
• Condições de chegada	93
• Motivo da internação e queixas relacionadas	84
• Procedência	93
• Procedimentos	94
• Sinais vitais	89
• Coleta de exames	57
• Registro de antecedentes alérgicos	67

Na análise dos resultados das anotações referente à assistência, verifica-se que, dos 22 subitens analisados, 53,3% deles atingiram uma conformidade ótima e boa e 47,7% enquadraram-se como regulares e ruins, conforme mostra Tabela 2.

Observa-se que a análise dos registros relacionados aos acessos venosos apresentou níveis altos de conformidades no que se relaciona a local de inserção, data e horário, mas verifica-se que os motivos relacionados a trocas de punção e sinais e sintomas no local da punção ainda precisam ser melhor registradas, podendo estes estar relacionadas a flebites, extravasamento de drogas e/ou soluções. Estes são considerados indicadores de qualidade do cuidado da enfermagem e, para a análise, é imprescindível seu registro¹³.

A preservação da rede venosa faz-se indispensável na assistência de enfermagem, pois o uso constante dessa via para aplicação dos mais variados medicamentos, soros, antibióticos, sangue e seus derivados leva a complicações cada vez mais sérias¹⁵. Em um estudo onde se avaliou a ocorrência de iatrogenias de enfermagem em 100 prontuários de pacientes idosos hospitalizados, foi relatada em 14 prontuários a ocorrência de flebites, infiltração ou obstrução de punção venosa em menos de 72 horas¹⁶. Fica evidente, então, a importância do conhecimento por parte da equipe de enfermagem, acerca dos mecanismos que envolvem a instalação e manutenção do acesso venoso que possibilite segurança ao doente e a preservação e detecção precoce de possíveis complicações.

A dor como 5º sinal vital gera mudanças em toda equipe multidisciplinar, bem como na própria organização de saúde, exigindo elaboração de protocolos de avaliação e manejo da dor crônica e aguda, bem como a utilização de escalas de mensuração. Ocorre que, em várias instituições de saúde, muitos profissionais de enfermagem ainda desconhecem tais instrumentos de mensuração¹⁷. Pacientes que têm a intensidade da dor avaliada e registrada sistematicamente apresentam considerável redução do quadro doloroso, quando comparado aos que não são monitorizados. Entretanto, os profissionais de saúde realizam a avaliação e registro da dor de forma insuficiente, sendo que menos de 25% dos prontuários de pacientes contêm anotações¹⁸. Os registros referentes à dor, de um modo geral, foram classificados como ruins, destacando a intensidade como um dos pontos mais críticos encontrado em apenas 36% dos registros.

Falhas na comunicação verbal, escrita e falada, entre unidades hospitalares e entre equipes também podem prejudicar seriamente o paciente, ocasionando a quebra

na continuidade do tratamento ou tratamentos inapropriados¹⁹. Para o gerenciamento de qualquer organização, o processo comunicativo é fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente e eficaz, devendo acontecer constantemente a fim de proporcionar informação e compreensão necessárias à condução das tarefas e, acima de tudo, motivação, cooperação e satisfação nos cargos²⁰. Dentro da área da saúde, percebe-se e valoriza-se a importância da comunicação efetiva nas relações entre os profissionais e os usuários do sistema, de forma que seja possível o entendimento e a satisfação a todos e a harmonia para a instituição.

Nesse contexto, a comunicação entre as diferentes instituições, bem como intra-instituição, é imprescindível para assegurar qualidade na transferência de pacientes. Contudo, na análise dos dados referentes às transferências internas, observa-se que os itens relacionados às condições de transporte e os cuidados realizados durante as transferências obtiveram pontuação regular, evidenciando falhas na comunicação entre as equipes dos diversos setores da instituição.

Frente ao exposto, ratifica-se que a qualidade dos registros após cuidados prestados é fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam vir a surgir e que possam também colocar o paciente em risco de adoecer ou morrer²¹.

Os profissionais de enfermagem precisam reconhecer a importância do relato adequado dos fatos, cujos registros são permanentes, e, por isso, devem ser de melhor qualidade, expressando com fidedignidade os cuidados prestados. Quando se analisa os resultados relacionados aos registros referentes às intercorrências, observa-se que todos os itens avaliados alcançaram uma pontuação ótima.

CONCLUSÃO

Entre os principais resultados deste estudo, destaca-se que a maioria dos prontuários dos pacientes hospitalizados apresenta níveis ótimos e bons de registros de enfermagem, de conformidade com os princípios técnico-científicos e o referencial quando comparados ao referencial proposto pelo COREN-SP.

Ressalta-se que todos os itens analisados, apesar de classificados como ótimos e bons, necessitam ser trabalhados constantemente com a equipe para obtenção de maiores índices e qualidade dos registros. Atenção especial deve ser dada para a necessidade de melhoria dos registros referentes à dor, acesso venoso e antecedentes alérgicos por terem atingido a classificação ruim, e serem extremamente relevantes na gestão da assistência de enfermagem.

É importante destacar que as anotações devem servir como instrumento no processo de tomada de decisão e para tanto devem refletir com clareza e ob-

TABELA 2: Conformidades dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados relacionados à assistência. Ribeirão Preto-SP, 2011.

Itens avaliados	%
Acesso venoso periférico	
• Local da inserção	95
• Data e horário	89
• Motivos de troca ou retirada	62
• Sinais e sintomas observados	49
Dor	
• Localização e características	54
• Intensidade (contínua ou intermitente)	36
• Providências adotadas	65
Transferências internas	
• Motivo da transferência	83
• Data e horário	80
• Setor de destino	84
• Procedimentos/cuidados realizados	77
• Condições (maca, cadeira de rodas)	77
Intercorrências	
• Descrição do fato	100
• Sinais e sintomas observados	91
• Condutas tomadas	91

jetividade o estado clínico dos pacientes, bem como as ações e procedimentos realizados.

A pesquisa em questão permitiu apontar algumas fragilidades nos registros que comprometem a segurança do paciente e devem ser analisados junto à diretoria de enfermagem e comissão de prontuário do hospital em estudo, propiciando propostas e estratégias para melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6:337-46.
2. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev bras educ med*. 2007; 31:113-26.
3. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de prontuário nas instituições de saúde. [citado em 10 dez 2011] CFN; 2002. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm.
4. Possari J. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2005.
5. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2001; 35:390-8.
6. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
7. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2004; 17:55-62.
8. Setz VG, D' Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22:313.
9. Pimpão FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev enferm UERJ* 2010; 18:405-10.
10. Silva CS, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30:263-71.
11. Carrijo AR, Oguisso T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). *Rev Bras Enferm*, 2006; 59 (esp): 454-8.
12. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11:80-7.
13. Conselho Regional de Enfermagem (SP). Anotações de enfermagem. junho de 2009. [citado em 10 dez 2011] Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf.
14. Thong BYH, Leong KP, Tang CY, Chng HH. Drug allergy in a general hospital: results of a novel prospective inpatient reporting system. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003; 90:342-7.
15. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
16. Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:810-7.
17. Diccini S. Dor como o 5º sinal vital. *Acta Paul Enferm* 2004; 17:7.
18. Davis MP, Walsh D. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleve Clin J Med* 2004; 71:625-32.
19. World Health Organization (WHO). Nine patient safety solutions, 2007. [citado em 10 dez 2011] Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD?PIN/pr070502.htm>.
20. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31:359-66.
21. Fernandes BM. A casa de parto da faculdade de enfermagem da universidade federal de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil da assistência e a percepção das usuárias [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.