

ARTIGO

AUDITORIA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: ESTUDO REALIZADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE JOÃO PESSOA-PB

Ana Patrícia Silva de Souto¹

Anne Jaquelyne Roque Barrêto²

Patrícia Josefa Fernandes Beserra³

RESUMO

A auditoria em Enfermagem pode ser definida como uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente, sendo o prontuário um dos seus instrumentos de análise. Este trabalho teve como objetivos verificar a organização e as anotações realizadas nos prontuários dos pacientes pelos profissionais de Enfermagem e se os registros de Enfermagem no prontuário do cliente/paciente estão completos, legíveis e assinados. Tratou-se de um estudo de natureza exploratória e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) em um Hospital Público Municipal, na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi constituída por 50 prontuários de pacientes, escolhidos aleatoriamente, que estiveram internados, no Hospital, em 2006 e arquivados no SAME. As informações coletadas foram agrupadas e compiladas através de um aplicativo computacional (Microsoft Excel) em tabelas e figuras. Em apenas 4% dos prontuários haviam registros de anamnese feita pelo enfermeiro, a categoria Auxiliar/Técnicos de Enfermagem foi a que mais registrou no prontuário com 92%, estando as anotações centralizadas nas rotinas de enfermagem. Em apenas 38% dos prontuários identificaram-se anotações feitas pelos enfermeiros, com 28% a respeito dos procedimentos realizados. Quanto aos registros efetuados com falta de assinatura nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem, encontrou-se um percentual de 32%. Quanto à identificação do profissional apenas em 12% continham letra legível do profissional responsável pela anotação. No tocante ao preenchimento da folha de evolução de Enfermagem encontramos em sua grande maioria preenchimentos realizados de maneira incompleta, não seguindo uma seqüência lógica e não revelando a real situação do paciente. Os profissionais da Enfermagem devem começar a repensar a composição das anotações e torná-las um forte instrumento da comunicação entre a equipe de saúde, a fim de evidenciar as reais necessidades básicas do paciente, proporcionar uma melhor qualidade assistencial e contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Administração Hospitalar. Registros Hospitalares.

INTRODUÇÃO

A auditoria em Enfermagem pode ser definida como uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente "in loco" e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrados, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada¹.

¹ Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL Endereço: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, nº 100, Água Fria, CEP: 58077-290 – João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114.4259. E-mail: annejaque@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró-RN

O prontuário é um documento que existe há mais de um milênio, e é composto por vários impressos, que são padronizados de acordo com cada instituição. O prontuário do paciente serve de pilar para o setor administrativo de uma instituição de saúde; pois nele existem uma gama de informações essenciais para avaliação da assistência prestada, bem como dos seus custos. Dessa forma o manuseio incorreto desse documento reflete de maneira direta na prestação de contas e principalmente na qualidade do atendimento ofertado. As informações desse documento devem seguir uma seqüência lógica e legível, revelando a real situação do paciente e os cuidados para atender às suas necessidades².

Sendo um documento de grande valia para o paciente, é o instrumento utilizável em caso de reivindicações perante os médicos, o hospital e os poderes públicos; para o médico, desde que contenha os dados convenientemente registrados, torna-se importante para o diagnóstico e tratamento; para a equipe de enfermagem, desde que contenha os dados devidamente registrados, torna-se importante para a evolução da assistência de enfermagem; para o hospital, permite maior flexibilidade quanto às transferências e altas, baixando a média de permanência, também auxilia na qualidade dos serviços prestados e na coleta de dados para fins estatísticos; para pesquisa, fornece elementos de casos diversos, com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e conseqüentes da enfermidade; para a equipe de saúde, independentemente de ser objeto permanente de informações, permite à enfermagem condições de ter o plano de cuidados atualizados³.

Todo prontuário é passível de erros em seus registros, devido às suas funções multiprofissionais. Portanto, é necessária uma análise minuciosa de seu conteúdo, realizada através da auditoria².

Teoricamente, todos os profissionais que atendem o paciente realizam as anotações; dentre esses, destaca-se o profissional de enfermagem como responsável pela maior parte da produção diária das anotações da evolução clínica do paciente.

A Enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado

dos pacientes. Os registros no prontuário do paciente são realizados, não só pelos Enfermeiros, mas também pelos Auxiliares de Enfermagem, por meio de observações baseadas no estado geral do paciente e nas informações médicas. O registro das ações de Enfermagem no prontuário é um instrumento de grande significado na assistência de Enfermagem, sendo indispensável para a adequada prestação do cuidado ao paciente⁴.

A percepção dos profissionais de Enfermagem como sendo um dos principais contribuintes no processo de auditoria, torna mais eficiente a assistência ao paciente através de melhor atenção e esmero para a qualidade dos registros no prontuário. Por ser uma área na qual ainda há poucos profissionais atuando, existe uma grande necessidade de melhor orientação aos Enfermeiros quanto à importância de sua contribuição, bem como sobre os benefícios desse serviço.

Na prática da Enfermagem, tem-se observado a dificuldade da comunicação em todas as áreas de atuação, quer seja na pesquisa, no ensino e na assistência ao paciente, assim houve a motivação para desenvolver este trabalho, no intuito de contribuir para o aprimoramento da assistência de Enfermagem, por meio da comunicação escrita.

Diante deste contexto, sendo os prontuários um dos instrumentos necessários para avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Como a equipe de Enfermagem visualiza o prontuário do paciente/cliente? Como são preenchidos os impressos pela equipe de Enfermagem? Esses escritos estão de acordo com as normas existentes na Lei 7498/86?

Tendo em vista a relevância do estudo a partir dos registros de Enfermagem no prontuário do paciente, para possibilitar a visualização/comprovação de uma assistência de qualidade nos espaços hospitalares, este estudo possui os seguintes objetivos:

- verificar a organização e as anotações realizadas nos prontuários dos pacientes, pelos profissionais de Enfermagem no hospital;

- verificar se os registros de Enfermagem no prontuário do cliente/paciente estão completos, legíveis e assinados.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo de natureza exploratória e documental, com abordagem quantitativa. Os estudos exploratórios são desenvolvidos com o objetivo de proporcionar visão geral de tipo aproximativo, acerca de determinado fato⁵. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipótese precisa e operacionalizável.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica; vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

O estudo foi realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) em um Hospital Público Municipal, na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Tal instituição foi escolhida por ser de fácil acesso e referência no atendimento hospitalar no município de João Pessoa.

A população do estudo foi constituída por prontuários de pacientes que estiveram internados no Hospital no ano de 2006 e se encontram arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME),

tendo como amostra 50 (cinquenta) prontuários escolhidos aleatoriamente.

O instrumento utilizado foi um formulário estruturado contendo questões fechadas subdivididas em duas partes: na primeira contendo a caracterização do prontuário e na segunda a caracterização das anotações de enfermagem no prontuário, todas voltadas para atender aos objetivos a que se propôs o estudo.

A coleta de dados foi formalizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE (Protocolo nº 15/2008) e encaminhamento do ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE ao Hospital Público Municipal, comunicando a pretensão do estudo. A coleta de dados foi realizada nos meses de março a abril de 2008, em dias úteis nos turnos manhã e tarde, através de um formulário estruturado e preenchido pela pesquisadora com informações contidas nos prontuários dos pacientes.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa é importante destacar que foram levadas em consideração a Resolução do COFEN nº 311/2007⁶ e a Resolução nº 196/96⁷ que preconizam o código de ética dos profissionais de enfermagem e pesquisa em seres humanos, respectivamente.

Quanto à análise dos dados, as informações coletadas foram agrupadas e compiladas através de um aplicativo computacional (Microsoft Excel) em tabelas e figuras, com valores percentuais e absolutos, de acordo com a análise quantitativa.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem, nos prontuários de pacientes de acordo com o registro de identificação do nº da enfermagem e nº do leito. Hospital Público Municipal – João Pessoa/PB. Ano 2006.

Anotações	Nº Enfermagem		Nº Leito	
	N	%	N	%
Sim	50	100	50	100
Não	00	00	00	00
Total	50	100	50	100

Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente estudo teve como objetivos verificar a organização e as anotações realizadas nos prontuários dos pacientes pelos profissionais de Enfermagem no hospital, bem como, os registros de Enfermagem no prontuário do cliente/paciente se estão completos, legíveis e assinados a partir das respostas obtidas no instrumento elaborado e analisado.

Os dados que se seguem são referentes aos de caracterização da amostragem, como também os de relevância ao alcance dos objetivos propostos.

Caracterização do prontuário

Com relação aos dados de identificação do paciente, verificou-se que estão registrados nos prontuários, tendo um percentual de 100% (50), onde deduzimos que tal rigor está associado a um padrão, exigido pelo Ministério da Saúde, devendo conter tais informações.

De acordo com a Tabela 2, observa-se que nos 50 (100%) prontuários analisados, existem os registros referentes a data de admissão, bem como, a data da alta, óbito e transferência, tendo-se observado a impossibilidade de ter o quantitativo separado dos dados.

Caracterização das anotações da enfermagem no prontuário

De acordo com o gráfico 1, verificou-se que continham nos 50 prontuários (100%) os registros dos nomes completos

dos pacientes, idade, bem como, endereço completo. Consideram-se importantes os registros desses dados, pois os prontuários serão manuseados diariamente por toda a equipe que está prestando cuidado ao paciente.

Pode-se verificar que em 23 (46%) prontuários foram encontrados os registros, com relação ao telefone de contato dos pacientes. Supõe-se que este percentual seja decorrente de que muitos familiares abandonam os pacientes em hospitais, muitas vezes por desacreditarem na cura do mesmo. Percebemos também que em apenas 23 (46%) prontuários foram encontrados os impressos arquivados na ordem cronológica correta.

Deduzimos, a partir desta investigação, que os profissionais sabem pouco sobre a organização correta de um prontuário, pelo que é interessante que as instituições realizem programas de educação continuada, em especial com os programas de aperfeiçoamento, atualização ou aprimoramento. Estes "são programas em que os funcionários recebem informações para melhorar e ampliar conhecimentos e habilidades no seu campo específico de atuação"^{8:155}.

A capacitação dos profissionais é necessária para que estes possam desempenhar suas funções voltadas para transformação, ou seja, inovadora, tendo como eixo norteador a qualidade da assistência, bem como para possibilitar o desenvolvimento e aperfeiçoamento destes.

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem, nos prontuários de pacientes de acordo com o registro de identificação da data de admissão, de alta, óbito e transferência. Hospital Público Municipal – João Pessoa/PB. Ano 2006.

Anotações	Data Admissão		Data Alta/Óbito/Transferência	
	N	%	N	%
Sim	50	100	50	100
Não	00	00	00	00
Total	50	100	50	100

Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa numa instituição de assistência médica ou em um consultório médico. É também o documento repositório do segredo médico do paciente⁹. Ele deve ser constituído por: ficha clínica; exames complementares; folha de evolução clínica; folha de pedido de parecer; folha de prescrição médica; que no prontuário em uso, está logo após o quadro TPR (temperatura, pulso, respiração), podendo conter relatório de enfermagem ou este ser feito em folha separada; quadro TPR (temperatura – pulso – respiração) é a primeira folha do prontuário quando em uso, e resumo de alta/óbito/transferência.

Este modelo serve tanto para os ser-

viços de urgência/emergência, como para os ambulatoriais e para as internações. No primeiro caso, as informações podem estar resumidas em uma folha (frente e verso), e mais os anexos (exames complementares).

Observa-se no gráfico 2 a representação das ações de Enfermagem a partir dos registros de dados observados no prontuário. Em apenas 02 (4%), prontuários haviam registros de anamnese feita pelo enfermeiro. Pela anamnese o Enfermeiro estabelece o contato inicial e importante com o paciente e o registro dos procedimentos executados e dos dados coletados deve ser fiel e claro. A equipe de Enfermagem deve coletar todos os dados do paciente, para que se tenham informações verdadeiras sobre o seu real estado de saúde.

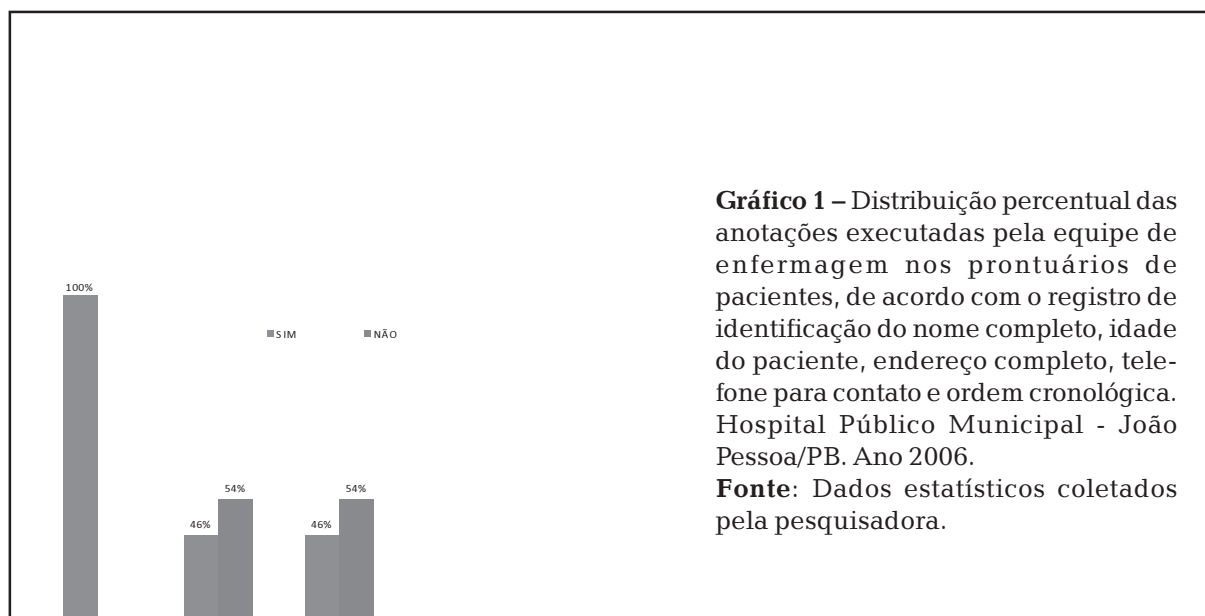


Gráfico 1 – Distribuição percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem nos prontuários de pacientes, de acordo com o registro de identificação do nome completo, idade do paciente, endereço completo, telefone para contato e ordem cronológica. Hospital Público Municipal - João Pessoa/PB. Ano 2006.
Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

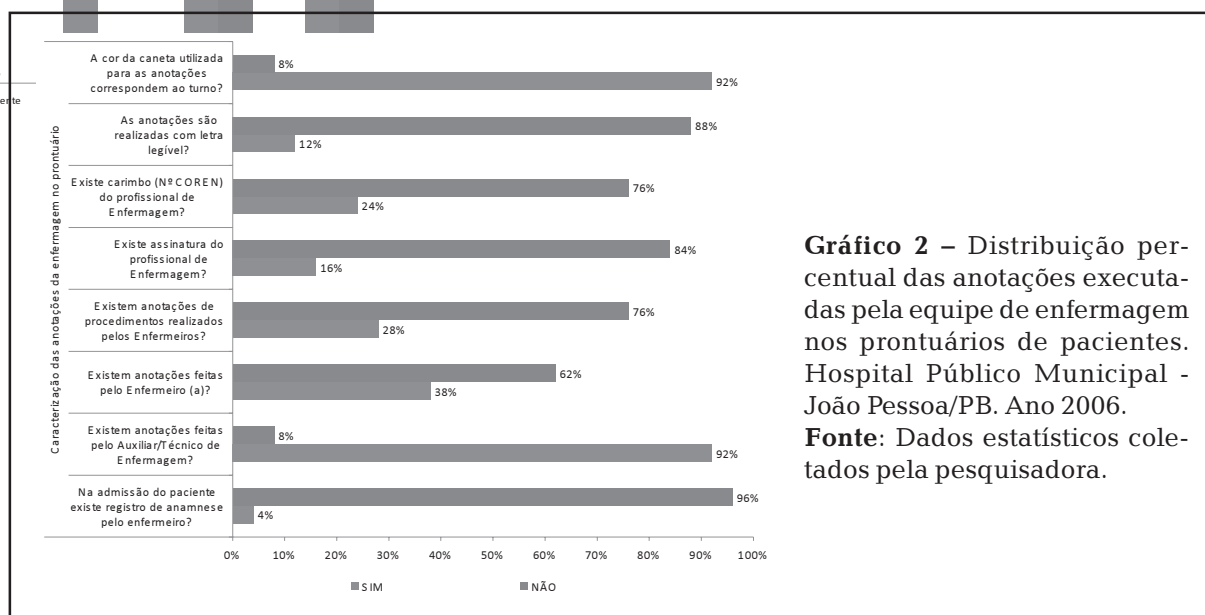


Gráfico 2 – Distribuição percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem nos prontuários de pacientes. Hospital Público Municipal - João Pessoa/PB. Ano 2006.
Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

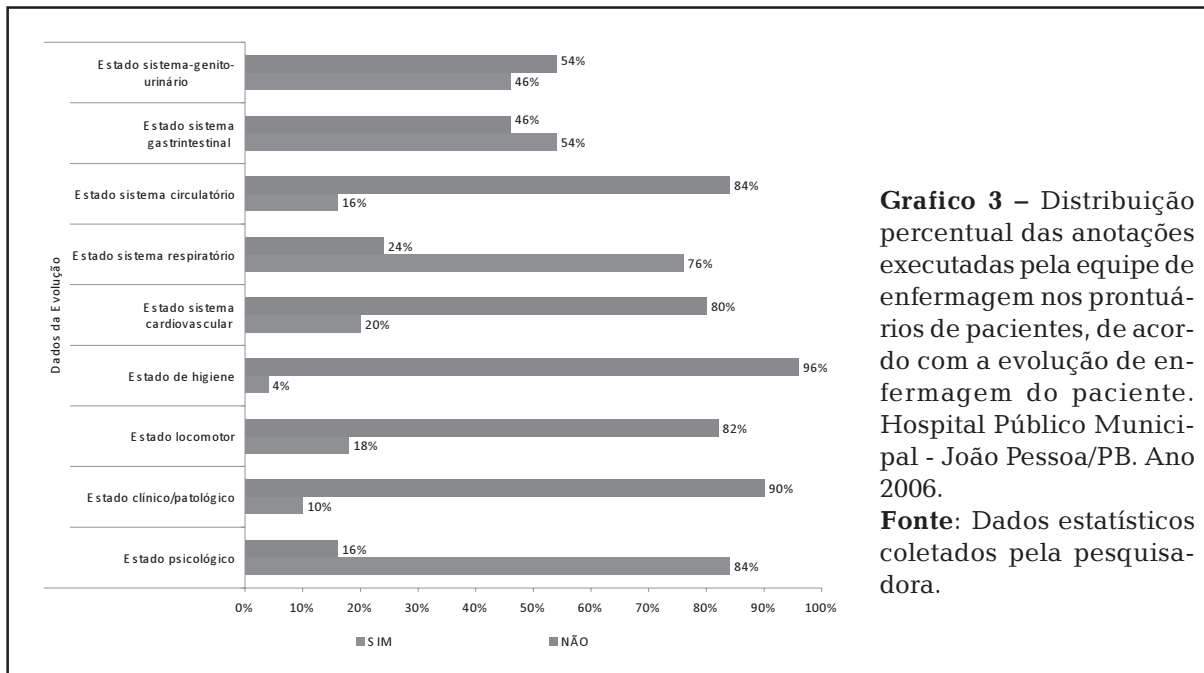


Gráfico 3 – Distribuição percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem nos prontuários de pacientes, de acordo com a evolução de enfermagem do paciente. Hospital Público Municipal - João Pessoa/PB. Ano 2006.

Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

A categoria Auxiliar/Técnicos de Enfermagem foi a que mais anotou no prontuário com 92% (46), estando as anotações centralizadas nas rotinas de enfermagem, tais como registros de cuidados prestados, controles e perdas fisiológicas, entre outras atividades de rotina.

Na análise destes registros pode-se observar que as anotações realizadas pelos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são muito repetitivas, fragmentadas e pouco significativas, não fornecendo uma visão global da assistência prestada ao paciente.

No que diz respeito às anotações feitas pelos Enfermeiros, identificou-se que em apenas 19 prontuários (38%) existiam as anotações. Supõe-se que tal limitação seja decorrente de suas atividades estarem voltadas para atribuições burocráticas e administrativas, afastando-os da assistência direta ao paciente.

A anotação de Enfermagem é o meio utilizado pela Enfermagem para informar sobre a assistência prestada, e como consequência, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e eficácia dessa assistência. Assim, demandam clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir a compreensão e legibilidade da informação.

Quanto aos registros efetuados com falta de assinatura nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem, encontrou-se um percentual de 32% (16). Assim, re-

comenda-se que as anotações devem conter assinatura legível do profissional que executou a atividade em todos os registros que fizessem necessários, bem como a caracterização da sua função dentro da equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem).

Os dados apresentados acima indicam que os integrantes da equipe de enfermagem não estão atentos às questões relativas ao aspecto legal das anotações. De acordo com alguns estudos com prontuários, concluiu-se que as anotações, como estavam sendo redigidas, não tinham validade jurídica, principalmente no que se referia à ausência de assinatura¹⁰.

Ainda no Gráfico 2, observou-se que existiam 14 (28%) anotações nos prontuários feitos pelos Enfermeiros a respeito de procedimentos realizados. Foi constatado que os preenchimentos dos formulários não são feitos corretamente, trazendo prejuízos para a instituição, não se tendo um controle de custo exato, como também prestando uma assistência deficiente para o paciente, pois se trata de um trabalho multidisciplinar, envolvendo vários profissionais.

Vale ressaltar que o prejuízo apontado se reflete para os pacientes e a equipe multiprofissional, pela imprecisão dos dados registrados e suas consequências para a condução do processo terapêutico.

Quanto à identificação do profissional que executou a anotação verificou-se que no total de 50 prontuários analisados, apenas em 06 (12%) continham letra legível do profissional responsável pela anotação, dos quais 24% (12) registraram o número do COREN. Observou-se também que 92% utilizaram a cor da caneta específica para o turno, para fazer os registros de Enfermagem.

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem em seu Art. 76, Cap. VI estabelece, como dever preliminar do profissional, registrar o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem e sua assinatura quando no exercício profissional das atividades de enfermagem⁶.

No tocante ao preenchimento da folha de evolução de Enfermagem, conforme se observa no Gráfico 3, encontramos em sua grande maioria preenchimentos de maneira incompleta, não seguindo uma seqüência lógica e não revelando a real situação do paciente, ou seja, observamos a falha na anotação do estado clínico/patológico, do estado de higiene, da locomoção, do sistema cardiovascular, do sistema circulatório, do sistema gastrointestinal, do sistema geniturinário do paciente, que dependendo da patologia, pode trazer vários danos ao mesmo.

A necessidade psicológica foi identificada em 42 (84%) anotações. Quanto às anotações do estado psicológico do paciente, verificou-se que as informações que constavam eram bastante repetitivas, e muitas vezes incompletas. Os dados sobre o estado psicológico do paciente identificado neste estudo apresentam descritos como segue: *consciente, orientado*.

A incapacidade de dormir causa estresse psicológico. Vários distúrbios de sono podem ameaçar a sensação de bem-estar de uma pessoa. O sono e repouso são tão importantes quanto a boa nutrição e o exercício adequado, pois fornecem o restabelecimento da energia gasta em determinado período. Assim, o profissional deve observar e anotar as condições do paciente, a fim de detectar problemas que possam estar interferindo no seu restabelecimento^{11;12}. Vale salientar que é função do enfermeiro identificar as necessidades do estado psicológico do paciente e lhes proporcionar medidas para suprir estas necessidades¹³.

A necessidade do estado clínico/patológico foi identificada em 05 (10%) anotações. Verificou-se nesta análise que a equipe de Enfermagem não evidencia nas anotações, as condições do estado clínico/patológico do paciente. Algumas observações poderiam ser feitas pela equipe, para melhor explicitar esse estado, tais como, início da patologia, sinais clínicos específicos, medicamentos.

A necessidade de locomoção foi identificada em 09 (18%) anotações. Os registros encontrados neste estudo referentes à locomoção foram identificados como deambulando, deambulando com auxílio, acamado. Assim, os dados não revelam o motivo da necessidade de auxílio ao deambular, nem tão pouco evidenciam as condições da incapacidade parcial do paciente.

Verificou-se que a falta de informações, nos registros, sobre a atividade motora do paciente, impede que outros profissionais estejam atentos a esta necessidade que o paciente pode estar apresentando durante a permanência no hospital. É necessário que a equipe de Enfermagem registre todos os eventos da necessidade de locomoção, com vistas a proporcionar uma melhor comunicação entre os membros da equipe de saúde.

O exame físico do aparelho locomotor confere, para a Enfermagem, a possibilidade de avaliar o grau de dependência do paciente com o objetivo de dimensionar os recursos humanos necessários para uma assistência de enfermagem adequada. Essa avaliação é responsabilidade do Enfermeiro, porém a equipe pode ser treinada para reconhecer os problemas da marcha e da amplitude normal do movimento¹⁴. O Enfermeiro deve, ainda, orientar a equipe sobre a importância do registro e do relato de qualquer eventualidade a respeito da marcha do paciente como fraqueza muscular, auxílio ao deambular e mudanças de posição a fim de prevenir quedas e lesões articulares¹⁵.

A necessidade do estado de higiene foi identificada em 02 (4%) anotações. Observou-se que a equipe de Enfermagem necessita de investir mais no que se refere à higiene do paciente, melhorando as anotações de Enfermagem contidas no prontuário do paciente. A manutenção da

higiene física é necessária para o bem-estar, segurança e sensação de conforto do indivíduo, o doente pode necessitar da assistência de enfermagem para a prática de hábitos rotineiros de higiene. O profissional deve preservar a independência do paciente tanto quanto possível, garantir a privacidade e favorecer o bem-estar físico¹⁶.

A necessidade do estado cardiovascular foi identificada em 10 (20%) anotações. Observou-se que a equipe de enfermagem pouco registra da verificação das funções cardíacas dos pacientes. O sistema cardiovascular é uma vasta rede de tubos de vários tipos e calibres, que põe em comunicação todas as partes do corpo. Dentro desses tubos circula o sangue, impulsionado pelas contrações rítmicas do coração.

A necessidade do estado respiratório foi identificada em 38 (76%) anotações. O profissional de enfermagem deve avaliar a respiração, frequência, amplitude e ritmo dos movimentos ventilatórios, que indicam a qualidade e eficiência do processo respiratório. Essa avaliação propicia ao enfermeiro a oportunidade de estabelecer uma base de informações, além de proporcionar uma estrutura para a detecção de algumas alterações na condição respiratória do paciente.

A necessidade de regulação circulatória foi identificada em apenas 08 (16%) anotações. A avaliação da regulação circulatória permite à equipe de Enfermagem identificar problemas decorrentes de distúrbios cardíacos ou vasculares. Os registros dessa necessidade podem fornecer dados que determinam o padrão cardiocirculatório do paciente, prevenindo complicações, por meio da atenção dos profissionais às manifestações clínicas do paciente. Os registros dessa necessidade indicam que a equipe de enfermagem não valoriza a necessidade de avaliação de alterações da função circulatória, porém necessita reconhecer a importância de registrar todos os dados que compõem esta avaliação.

É recomendado que durante a avaliação vascular periférica, o profissional da Enfermagem observe o fluxo sanguíneo das extremidades, que devem apresentar coloração rósea, indicadora de boa perfusão. Também é importante, para a avaliação da perfusão periférica, aplicar o teste de enchimento capilar, que consiste em comprimir as polpas digitais do leito

ungueal dos dedos das mãos e dos pés, observando bilateralmente a coloração das mesmas e comparando-as, obtendo, assim, parâmetros da circulação vascular¹⁴.

A necessidade de eliminação gastrintestinal foi identificada em 27 (54%) anotações. Nos registros da eliminação intestinal foram identificados registros referentes ao ato de evacuar ou não e episódio de vômitos. Outros dados importantes quanto à coloração, consistência e aspectos das fezes não foram registrados bem como o volume, aspecto e frequência dos episódios de vômitos. A avaliação da necessidade de eliminação implica na identificação do funcionamento dos órgãos excretadores com vistas à prevenção de problemas que possam ocorrer no período de internação do paciente.

O processo de eliminação atende à necessidade do organismo de desprezar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, no qual o trato urinário e intestinal constitui-se na principal via de eliminação. Os problemas relacionados à eliminação podem interferir na rotina da vida diária, podendo, inclusive em alguns casos ameaçar a própria vida¹⁷.

A necessidade de eliminação genito-urinária foi identificada em 23 (46%) anotações referentes a diurese espontânea e sonda vesical de demora. Pelo exposto, especificamente, para a eliminação urinária, os registros indicaram apenas a apresentação do episódio de diurese, deixando de evidenciar dados como, cor, odor, densidade, e outros aspectos, que são importantes para a avaliação da função urinária.

Na avaliação da função urinária, determinadas estruturas podem fornecer parâmetros do funcionamento renal, entre elas destacam-se: avaliação de pele e mucosa, identificação de ruptura cutânea causada pela incontinência urinária, decorrente da perda de água; dor a palpação dos rins, indicando processo infeccioso ou inflamatório; diminuição no episódio de diurese; bexiga aumentada à palpação; avaliação do meato uretral para verificação de secreção ou lesão nessa estrutura¹⁶.

Outros aspectos foram identificados na avaliação dos registros de enfermagem nos prontuários: como as anotações sobre o cateterismo vesical de demora a respeito da falta de informações referentes a(o) volume drenado, coloração da urina, densidade e quantidade da urina presente

na bolsa coletora. Não foram observadas anotações com especificação de dados como frequência, quantidade e características, comprometendo desta forma a análise mais profunda da avaliação ao paciente.

Diante dos resultados encontrados e considerando a dificuldade que os integrantes da equipe de enfermagem apresentam para os registros de dados, bem como a identificação de que a forma como estão sendo realizadas não expressam a qualidade na assistência prestada, entende-se a necessidade de intervenções que possam facilitar a comunicação entre a equipe de enfermagem com vistas a propiciar uma melhor assistência de Enfermagem prestada ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse cenário das anotações de Enfermagem é preocupante, quando se sabe que não basta registrar, é necessário ter anotações de boa qualidade para atingir, entre outras finalidades, a criação de um documento legal que poderá mais tarde, ser usado na justiça, para avaliação do cuidado prestado. As anotações poderão ser os melhores amigos ou os piores inimigos dos profissionais. Para ela, "a melhor defesa quanto ao que realmente observou ou fez é o fato de existir alguma anotação sobre isso"^{18:179}.

Apesar de estudos indicarem que a Enfermagem reconhece a importância da anotação no prontuário, verifica-se pelos achados do presente estudo, que não houve grandes avanços na composição dos registros, demonstrando uma falta de reflexão da equipe de Enfermagem em relação à seriedade e à complexidade das anotações, principalmente por esta ser uma forma de comunicação entre a equipe de saúde.

Verifica-se neste contexto, que as anotações em Enfermagem representam um meio importante de avaliar a assistência prestada ao paciente, como parte da documentação legal e jurídica a ele restrita. Os profissionais da Enfermagem devem começar a repensar a composição das anotações e torná-las um forte instrumento da comunicação entre a equipe de saúde,

a fim de evidenciar as reais necessidades básicas do paciente, proporcionando uma melhor qualidade assistencial e contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem.

Se as anotações de Enfermagem são definidas como o registro sistematizado elaborado pela equipe de Enfermagem no prontuário do paciente sobre o tratamento, das alterações subjetivas ou objetivas observadas, ou referidas pelo paciente, ou acompanhante¹⁹, há que se refletir seriamente, com as equipes de enfermagem das instituições de saúde, visando mudanças urgentes nesta documentação legal e técnica comprobatória dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

Para tanto é necessário conscientização e fundamentação dos profissionais, que devem compreender as anotações como fonte indispensável do saber holístico a respeito do paciente e principal subsídio da construção de uma profissão que busca o ser, o fazer, o cuidar, ou seja, a missão da Enfermagem.

É notória a influência direta nesses achados, no tocante à necessidade de uma reflexão coletiva sobre a necessidade de aplicar o serviço de auditoria na enfermagem, visando oferecer qualidade na assistência, beneficiando diretamente os usuários e a instituição.

Torna-se importante também ressaltar a grande importância dos registros de enfermagem para a segurança e a defesa dos padrões de assistência desenvolvidos, uma vez que os mesmos se constituem em documentos de valor legal para defesa das instituições e dos profissionais nos momentos em que forem feitas indagações acerca da real implementação das medidas terapêuticas necessárias à assistência às necessidades dos usuários atendidos.

Assim, esperamos que esta pesquisa traga contribuição para os profissionais de Enfermagem, ressaltando a necessidade de atentar para a importância de nos responsabilizarmos tanto pela assistência prestada quanto pelos registros no prontuário do paciente, tendo em vista que esta necessidade estimula a busca de conhecimentos e habilidades para realizar uma assistência eficaz.

AUDIT THE PATIENT'S CHART: STUDY IN A PUBLIC HOSPITAL OF JOÃO PESSOA-PB
ABSTRACT

The audit in Nursing can be defined as a systematic assessment of the quality of nursing care provided to the client, and the record one of their instruments of analysis. This study was designed to evaluate the organization and the notes made in the medical records of patients, healthcare professionals and nursing records and nursing records in the client / patient are complete, legible and signed. This was an exploratory study and documentary, with a quantitative approach, performed in the Medical Archives and Statistics (SMAS) in a Municipal Public Hospital in the city of Joao Pessoa. The sample consisted of 50 medical records of patients randomized, who were hospitalized at the Hospital in 2006 and filed in the SAME. The information collected was collated and compiled through a software (Microsoft Excel) in tables and figures. In only 4% of the charts had records of interview done by the nurse, the category Support / Technical Nursing was the most recorded in the chart with 92%, and central to the notes in the nursing routine. In only 38% of the records identified notes made by nurses, with 28% regarding the procedures performed. As for the records made with no signature in the medical professionals of Nursing, found a rate of 32%. The identification of training only 12% were legible professional responsible for the note. Regarding the completion of leaf evolution of Nursing found mostly fills incomplete, not following a logical sequence and not revealing the real situation of the patient. The nursing professionals must begin to rethink the composition of the notes and make them a strong instrument of communication between the health team in order to highlight the real needs of the patient, providing an improved quality of care and contribute to the development Nursing.

Key Words: Nursing. Hospital administration. Hospital Records.

REFERÊNCIAS

- Motta ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo: Iátria; 2003.
- Riolino AN, Kliukas GBV. Relato de Experiência de Enfermeiros no Campo de Auditoria de Prontuário – Uma Ação Inovadora – Rev. Nursing; 2003.
- Fontineli JK, Administração Hospitalar. Goiânia: AB; 2002.
- Santos SR, Paula AF, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev. Latino Americana Enfermagem [periódico na internet]. 2003 Jan/Fev [acesso em 2007 Out 19]; 11(4). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000100012&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/07: Código de ética dos profissionais de enfermagem. [resolução na internet] 2007 Fev [acesso em 2010 Jan 12]. Disponível: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Trata das diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
- Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em Enfermagem. In: Kurgant, P. organizadora. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p.215-222.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Manual de orientação ética e disciplinar. [manual na internet]. [acesso em 2008 Abr 25]. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte3b.htm>.
- Oguisso T. Dimensões éticas-legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente. Rev Paul de Enferm, 2003 set/dez; 22(3): 245-54.
- Elhart D. et al. Princípios científicos de enfermagem. Lisboa: Portuguesa, 1983.
- Sparks SM, Taylor CM, Dyer JG. Diagnóstico em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
- Du Gas B. Enfermagem prática. 4ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1988.
- Posso MBS. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Potter PA. Semiologia em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- Alfaro-Lefréve, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- Cianciarullo, TICQ. Teoria e Prática em Auditoria de Cuidados. São Paulo: Ícone; 1997.