



ARTIGO DE REVISÃO

QUALIDADE DE ANOTAÇÕES E REGISTROS DE ENFERMAGEM E SAÚDE

Quality of nursing and health notes and records.

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 2 | Ano 2024

Renato da Silva Alves¹, Adriana Mendes Rocha², Amanda Caroline Rodrigues de Oliveira²,
Kênia Alencar Fróes², Diogo Gabriel Santos Silva³, Maysa Souza Ferreira Alves³,
Sabrina Santos de Almeida¹, Henrique Andrade Barbosa², Marianna de Almeida Santana Mendes⁴,
Simone Guimarães Teixeira Souto², Jéssica Caroline Silva Santiago³, Leidiany Gomes Moreira¹,
Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira Torres², Rene Ferreira da Silva Junior²

RESUMO

A auditoria em saúde é uma prática profissional de fundamental relevância para a gestão da qualidade na saúde e, sobretudo, para o processo de controle, avaliação e garantia da qualidade da assistência na enfermagem hospitalar. O objetivo desse estudo foi descrever um padrão de qualidade para as anotações e registros de enfermagem. A coleta dos dados procedeu-se em bancos de dados eletrônicos nacionais, a partir das bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF) Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), orientada pelos seguintes descritores: Registros e anotações de enfermagem; prontuário; auditoria em saúde. A análise de conteúdo temática permitiu evidenciar que as anotações e os registros de enfermagem de um modo geral são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, não havendo uma definição metodológica estruturada. A partir dos problemas identificados sugere-se mais intensificação de educação continuada sobre os registros de enfermagem.

Palavras-chave: Registros e anotações de enfermagem; prontuário; auditoria em saúde.

ABSTRACT

Health auditing is a professional practice of fundamental relevance for the management of quality in health and, above all, for the process of control, evaluation and quality assurance of care in hospital nursing. The aim of this study was to describe a quality standard for nursing notes and records. Data collection was carried out in national electronic databases, based on the following databases: Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), guided by the following descriptors: Nursing records and notes; Chart; Health Auditing. The thematic content analysis showed that nursing notes and records in general are inconsistent, illegible and subjective, and there is no structured methodological definition. Based on the problems identified, it is suggested that further intensifying continuing education on nursing records should be intensified.

Keywords: Nursing records and notations; chart; Health audit.

- 1 - Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna.
- 2 - Universidade Estadual de Montes Claros.
- 3 - Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais.
- 4 - Faculdade Tecsonoma.

Autor de correspondência

Rene Ferreira da Silva Junior

DOI: [10.36692/V16N1-92R](https://doi.org/10.36692/V16N1-92R)

INTRODUÇÃO

A Auditoria consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. Através da análise e verificação operativa, avalia-se a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora.¹

Tem como objetivo maior, propiciar à alta administração, informações necessárias ao exercício de um controle efetivo sobre a organização ou sistema, contribuir para o planejamento e replanejamento das ações e para o aperfeiçoamento do Sistema.

Auditoria consiste em um exame cuidadoso, sistemático e independente, cujo objetivo seja averiguar se as atividades desenvolvidas em determinada empresa ou setor estão de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se estas foram implementadas com eficácia e se estão adequadas (em conformidade) à consecução dos objetivos.²

A enfermagem desempenha papéis diversos em sua ciência para cada campo na saúde, espaço que conquistou ao decorrer de alguns anos vividos, objetivando sempre o melhor atendimento no que se relaciona à

manutenção da vida, o amenizar do sofrimento e o restabelecimento da saúde.²

Na atualidade, para manterem-se no mercado competitivo, as instituições têm que aprender a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus clientes. Conseqüentemente, as instituições de cuidados de saúde têm sido compelidas a se organizarem como empresa desenvolvendo visão de negócio para sobreviverem a estas mudanças no mercado. Esta tendência mundial tem exigido dos profissionais envolvidos habilidade na análise de custos para a prestação de serviços de saúde.³

Em saúde, a auditoria tem ampliado seu campo de atuação para análise da assistência prestada, tendo em vista a qualidade e seus envolvidos, que são clientes, hospital e operadora de saúde, conferindo os procedimentos executados com os valores cobrados, para garantir um pagamento justo. Essa análise envolve aspectos quantitativos e qualitativos da assistência, ou seja, avaliação da eficácia e eficiência do processo de atenção à saúde.⁴

As questões que norteiam a prática profissional de enfermagem, relacionadas às anotações ou registros, têm paulatinamente ampliado espaço de interesse, por meio de auditoria, cuja origem do latim Audire significa ouvir, mas o termo melhor representado pela língua inglesa, Audit, significa examinar, corrigir, certificar. Sendo assim, essa é uma especialização da contabilidade que pode ser utilizada por outras profissões e tem por função avaliar a eficiência e a eficácia de serviços.⁵

A auditoria de Enfermagem apresenta crescente inserção no mercado de trabalho, tanto às atividades voltadas a área contábil como as voltadas à qualidade, sejam de serviços, documentos ou processos. O que se busca atualmente é a auditoria da qualidade da assistência, com redução de custos, agregando os valores financeiros aos valores qualitativos. Esta qualidade pode ser descrita como a adequação de um produto/serviço às necessidades de uso da clientela, além da satisfação às expectativas e exigências de usuário/cliente.⁶

Em enfermagem, a auditoria pressupõe avaliação e revisão detalhada de registros clínicos selecionados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência. Sendo, portanto, uma atividade dedicada à eficácia de serviços, que utiliza como instrumentos o controle e a análise de registros. Atualmente, o conceito mais ampliado de auditoria refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, através do prontuário em geral, principalmente das anotações, tendo em vista a qualidade da assistência prestada.⁶

Com essas considerações enfatiza-se que em enfermagem, auditoria passou da análise de registros, como instrumento administrativo para avaliação do cuidado, por comparação entre a assistência prestada e as normas institucionais, para aquela de identificar pontos fracos do serviço, garantido o direito do cliente, além de não perder a visão econômica dos serviços prestados.⁷

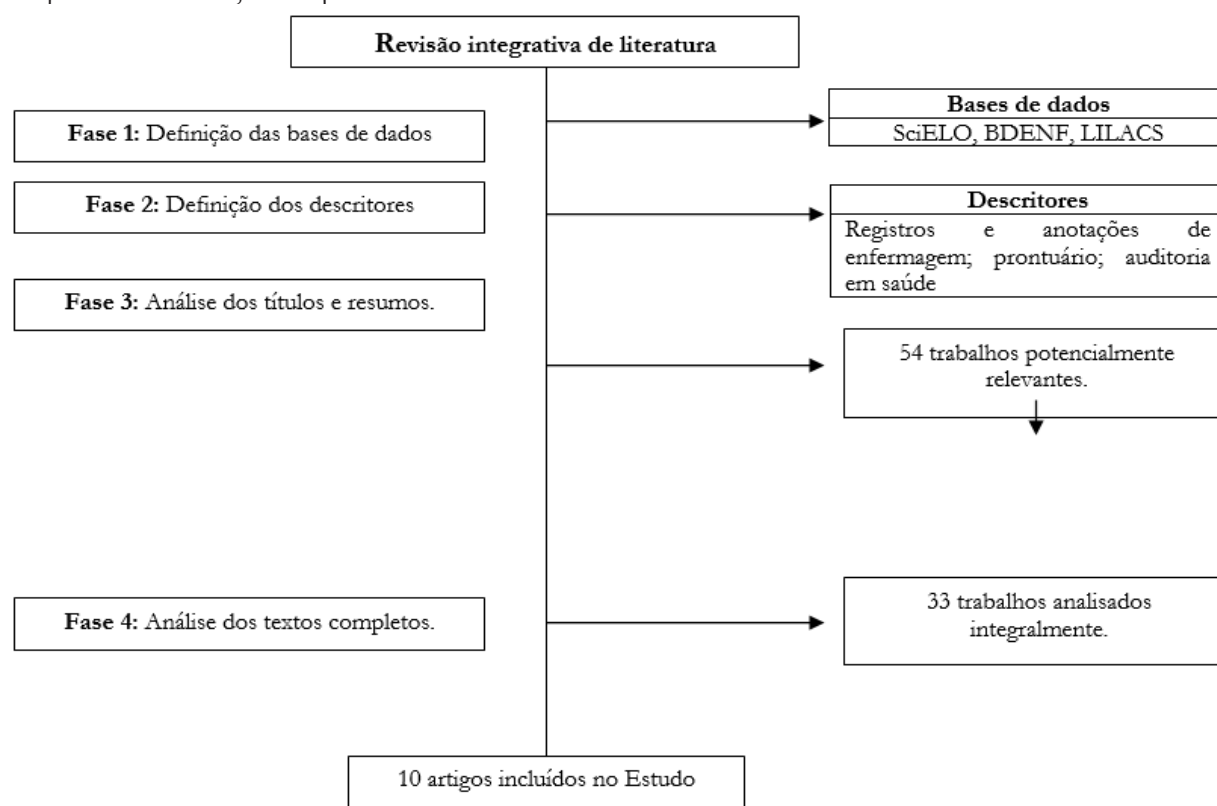
Com o intuito de fornecer subsídios para futuras discussões e reflexões acerca dos registros de enfermagem na promoção da qualidade e da efetividade do cuidado é que se propôs a realização deste estudo, o qual objetiva descrever um padrão de qualidade para as anotações e registros de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre auditoria em anotações e registros de enfermagem. A coleta dos dados procedeu-se em bancos de dados eletrônicos nacionais, a partir das bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF) Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), orientada pelos seguintes descritores: Registros e anotações de enfermagem; prontuário; auditoria em saúde. Os descritores utilizados foram combinados dois a dois, a fim de se ampliarem os resultados pesquisados. Compuseram a amostra deste estudo, dez artigos. Os critérios de inclusão adotados foram: (1) artigos redigidos em língua portuguesa, (2) artigos que disponibilizavam o resumo e artigo na íntegra nas bases de dados e que (3) abordassem a auditoria em anotações e registros de enfermagem. Foram descartados estudos que não artigos científicos, como: teses, dissertações, livros, resenhas e outros.

A busca pelos artigos realizou-se em quatro etapas (Figura 1). Na primeira etapa, foram definidas as bases de dados para identificar e selecionar os artigos, sendo essas representadas pelas bases BDENF, SciELO e LILACS. A segunda consistiu-se na definição dos descritores inseridos na busca e nos critérios de inclusão. Os termos utilizados na seleção foram delimitados, a partir das palavras-chave presentes em artigos adequados ao tema, lidos previamente de forma

não sistemática e por meio de consulta às coleções de termos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Na terceira etapa, realizou-se uma leitura dos artigos selecionados, a fim de se identificarem os trabalhos que se relacionavam com o tema proposto e que se adequassem aos critérios de inclusão. A quarta etapa se referiu à análise e ao estabelecimento das categorias.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da enfermagem e mediante o fato enunciado por Santos⁸ de que 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela enfermagem, é

indiscutível a necessidade de registros adequados e freqüentes no prontuário do cliente.

A estrutura (aqui entendida como a presença de dados que identifica o profissional que efetuou o registro, o momento e a seqüência lógica dos dados), também se mostra deficitária.

Quanto ao conteúdo (objetividade, clareza, referência a algum fato ou alguma

atividade ligada ou não diretamente ao cliente, erros de grafia e uso de siglas e abreviações), também não correspondem com as necessidades apontadas na literatura.⁸

No que se refere ao horário dos registros, “Toda anotação deve ser precedida de horário, colocando-se a data na primeira anotação do dia”. As anotações devem ser iniciadas “... mencionando corretamente os horários (hora e minutos) da realização de cada procedimento, de forma a evitar ambigüidades...”. Nessa perspectiva, observa-se que as anotações dos profissionais em estudo, por não estarem acompanhadas dos horários, podem dificultar ou inviabilizar a apuração de ações judiciais ou auditorias, perdendo assim o sentido a que serve.⁹

A comunicação deve ser considerada dentro do seu contexto de ocorrência, ou seja: onde, como e quando ela ocorre”, para não ser prejudicada, pois na assistência à saúde “ela deve ser planejada para cada interação e adequada a cada paciente.¹⁰

No contexto da comunicação para o cuidado emocional do cliente hospitalizado, Junqueira¹¹, salienta que “... a comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal”. Assim, devido à não padronização das siglas e abreviaturas, os registros efetuados pela equipe, certamente resultam em diferentes interpretações, gerando dúvidas e riscos ao cliente, não atuando como meios de comunicação seguros.

Em relação à equipe de enfermagem, a legislação prevê que é dever da equipe de enfermagem manter uma anotação de forma perfeita, bem como organizar os documentos referentes ao paciente em relação à enfermagem.¹²

A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu artigo 14, ressalta a incumbência a todo o pessoal de enfermagem da necessidade de anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem.¹³

Devido a essas razões as anotações devem seguir uma normativa, levando em consideração seus aspectos legais e éticos, pois o registro em prontuário faz parte das obrigações legais da enfermagem, devendo qualquer erro ser corrigido de acordo com as normas da instituição, pois esses registros podem servir como facilitadores e determinantes em casos judiciais. De acordo com a resolução do COFEN -191/9614, para execução da anotação de enfermagem é necessária a atenção para alguns detalhes, tais como: verificar cabeçalho do impresso; deve ser feita em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada durante este; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia; deve seguir uma seqüência céfalocaudal; quando tiver erros utilizar os termos “digo”, “correção” e nunca corretores ortográficos; utilizar apenas siglas padronizadas e ao final de cada anotação deve conter carimbo, assinatura e número do COREN do profissional que a realizou.

IVER¹⁵ considerou alguns critérios dos registros de enfermagem, que, acredita-se, abordam aspectos fundamentais para descrever os dados relacionados com o cliente no prontuário, quanto à forma, apresentação e especificidade do conteúdo conforme descritos a seguir:

1. Realizado de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal. Informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares ou outros membros da equipe da saúde devem ser consideradas, utilizando-se aspas para esses tipos de informações;

2. Descrições ou interpretações de dados objetivos devem ter apoio em observações específicas e concretas das situações do cliente;

3. Devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos, como “bom”, “regular”, “comum”, “normal”. Tais descrições tornam-se abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor;

4. Os achados devem ser descritos do modo mais completo possível, o que inclui a definição de características como forma, tamanho, cor, textura e temperatura, especificando os dados de modo concreto e objetivo;

5. Documentar os dados de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas, frases longas e ausentes de referências coerentes;

6. Escrever de modo legível, com tinta indelével. Os erros na documentação devem ser corrigidos de modo a não ocultar o registro inicial. O método comumente utilizado inclui o

traçado de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de “registro incorreto”, e a efetivação do registro. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas para ocultar o registro não é permitido, por suas implicações legais;

7. O registro deve estar gramatical e formalmente corretos. O enfermeiro deve incorporar somente aquelas abreviações aprovadas no local de trabalho específico. Termos como gíria, clichês e rótulos devem ser evitados, a não ser no contexto de uma citação direta do cliente/familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos clientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do cliente. Entretanto, compilar essa massa de informação, que cresce em progressão geométrica nos protocolos e registros manuais, torna ineficiente o gerenciamento para uma tomada de decisão racional e objetiva por parte dos enfermeiros. Além disso, há o fato de que as anotações são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, não havendo uma definição metodológica estruturada.

O presente estudo permitiu perceber que os registros analisados não refletem a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos pelo cliente e as suas respostas. Nesse sentido, considera-se fundamental que a enfermagem

faça maiores investimentos na intenção de solucionar/minimizar os problemas identificados nas anotações, considerando sua importância na melhoria da qualidade do registro das ações de enfermagem. Sugere-se a implementação de programas de orientação e treinamento sistemático dos profissionais que já atuam na prática bem como a busca de estratégias mais eficientes de mobilização dos alunos nos cursos de formação dos enfermeiros, auxiliares e técnicos para o desempenho da tarefa de comunicação, de modo a efetuar registros mais efetivos e que retrate o mais fielmente possível a sua prática.

Os resultados deste estudo apontam que, às anotações/registros efetuadas pela equipe de enfermagem, não fornecem os dados necessários capazes de subsidiar o processo de cuidado ao cliente de maneira global, individualizada e contínua. Desse modo, é possível afirmar que esses registros não consistem em instrumentos sistemáticos de comunicação da e para a qualidade do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde: Manual de normas de Auditoria. 2ª edição. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2020.
2. Bastos JA, Benevento CT. Os conflitos vivenciados por enfermeiros na unidade de terapia intensiva mediante a morte dos pacientes. EFDportes.com, Revista Digital. 2014; 19(202):100-10.
3. Bichanga CA, Bud MH. Gerenciamento de custos através de avaliações de cobranças e sua efetividade. In: 7º ENFTEC; São Paulo; 2000.
4. Scarparo AF. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. Revista Nursing. 2005; 80(8):46-50.
5. Attie W. Auditoria: conceitos e aplicações. 3ª edição: Atlas; 1998.
6. Riollino AN, Kilukas CBV. Relato de experiências de enfermeiras no campo de auditoria do prontuário – uma ação inovadora – Revista Nursing. 2003; 65(65): 35-8.
7. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. Revista Nursing. 2005; 84(8):234-8
8. Souza V, Moura LF, Flores ML. Fatores determinantes e consequências de falhas registradas na assistência de enfermagem: Um processo educativo. Revista Mineira de Enfermagem. 2002; 6(2):30-4.
9. Araujo RB, Oliveira M, Piccoloto LB, Szupszynski KPDR. Sonhos e craving em alcoolistas na fase de desintoxicação. Rev. psiquiatr. Clín. 2004; 31(2): 22-8.
10. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
11. Junqueira WNG. Auditoria Médica em perspectiva: presente e futuro de uma especialidade. Crisciuna (SC); 2001.
12. Oguisso T. Dimensões éticas legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente. Rev. Paulista de enfermagem. 2003; 22(3):245-54.
13. Ito EE, Senes AM, Santos MAM. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo (SP): Atheneu; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução do COFEN – 191/96. RJ: Conselho Federal de Enfermagem; 2007.
15. Iver PR, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.