

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

LUCIANE ZAMBARDA TODENDI DE BRAGAS

**A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE
ENFERMAGEM PARA GESTÃO EM SAÚDE: ESTUDO EM HOSPITAL
NA REGIÃO NOROESTE DO RS**

Porto Alegre – RS

2015

LUCIANE ZAMBARDA TODENDI DE BRAGAS

**A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE
ENFERMAGEM PARA GESTÃO EM SAÚDE: ESTUDO EM HOSPITAL
NA REGIÃO NOROESTE DO RS**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração/UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Celmar Corrêa de Oliveira

Tutor Orientador: Luís Fernando Kranz

Porto Alegre – RS

2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a meu esposo José Altair e a minha filha Maria Eduarda, por serem pessoas admiráveis em essência, que através do seu estímulo me impulsionaram a buscar mais conhecimento, meus agradecimentos por terem aceitado se privar da minha companhia pelo estudo, concedendo a mim a oportunidade de me realizar ainda mais e amá-los ainda mais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus todo poderoso pelo dom da vida que me concebeu e por ter iluminado o meu caminho durante todos esses anos.

Agradeço de todo o meu coração aos meus pais, Delmar José e Vera Maria, e aos meus irmãos, Caren e Plauto, por me incentivarem a buscar sempre o aprimoramento.

Agradeço com carinho a Coordenadora Tutora Rita de Cassia Nugen, pelo incentivo e dedicação, dirigindo meus passos e pensamentos com sabedoria.

Agradeço ao orientador Celmar Corrêa de Oliveira e ao tutor orientador Luís Fernando Kranz pela orientação, paciência, competência e dedicação na execução do trabalho.

Agradeço a todos os professores e tutores por me proporcionar o conhecimento, contribuição valiosa para minha formação profissional.

Agradeço a todos que de uma forma ou de outra possibilitaram a conclusão desse curso, a todos a minha sincera gratidão.

RESUMO

O registro das informações dos pacientes nos prontuários é de responsabilidade legal dos profissionais da área da saúde, a avaliação desses registros representa uma ferramenta de gestão. Esse estudo objetivou avaliar a qualidade nos registros de enfermagem e a identificação de inconformidades que possam existir nos itens de identificação profissional, de checagem de procedimentos e anotações de procedimentos. Por meio de um instrumento denominado check-list, construído com referenciais teóricos, a pesquisa realizou-se analisando 226 prontuários em duas unidades de internação clínica e cirúrgica. Na busca ativa foram encontrados registros completos e incompletos, nos prontuários mais completos encontramos as seguintes porcentagens em cada item: 99,5% estavam com a identificação profissional completamente preenchida, 57% encontravam-se com anotação de procedimento de enfermagem adequada e 69,5% apresentavam a checagem de procedimento de enfermagem anotada. Em contrapartida para os registros incompletos apresentaram-se os seguintes percentuais: 0,5% das identificações profissionais não foram realizadas, 43% das anotações de procedimento de enfermagem não estavam adequadas ou não foram feitas e 30,5% a checagem de procedimento de enfermagem não estava devidamente preenchida. Essas falhas evidenciaram a necessidade de monitoramento e avaliação para reformular processos de educação continuada e gestão em saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Registros de Enfermagem. Prontuário.

ABSTRACT

The register of the information of the patients in handbooks is of legal responsibility of the professionals of the area of the health, the evaluation of these registers represents a management tool. This study it objectified to evaluate the quality in the registers of nursing and the identification of inconformidades that can exist in the item of professional identification, of checagem of procedures and notations of procedures. By means of a called instrument check-list constructed with theoretical referenciais, the research was become fulfilled analyzing 226 handbooks in two units of clinical and surgical internment. In the active search registers had been found complete and incomplete, in handbooks most complete we find the following percentages in each item: 99,5% were with the professional identification completely filled, 57% met with notation of procedure of adequate nursing and 69,5% presented the checagem of procedure of written down nursing. On the other hand for the incomplete registers the following percentages had been presented: 0,5% of the professional identifications had not been carried through, 43% of the notations of nursing procedure were not adjusted or they had not been made and 30,5% checagem of nursing procedure duly were not filled. These imperfections had evidenced the necessity of monitoramento and evaluation to reformulate processes of continued education and management in health.

Keywords: Management in Health. Registers of Nursing. Handbook.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CHECK-LIST	Instrumento para Coleta de Dados Baseado na Literatura
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCOR	Instituto do Coração
nº	Número
p.	Página
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SNA	Serviço Nacional de Auditoria
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
XIX	Dezenove
XX	Vinte

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Preenchimento dos registros de enfermagem no prontuário, avaliados no mês de dezembro de 2014, em duas unidades de internação em um hospital geral da região noroeste do RS.....	24
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4.1 GESTÃO EM SAÚDE.....	14
4.2 REGISTROS NO PRONTUÁRIO	16
4.3 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	18
5 MÉTODOS	21
6 DISCUSSÃO E RESULTADOS	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
8 REFERÊNCIAS.....	27
9 ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

Os progressos tecnológicos e o surgimento da medicina científica entre o final do século XIX e o início do século XX vêm determinando uma verdadeira revolução na função dos hospitais, que deixaram de ser um local onde os pobres e os doentes eram deixados para morrer, se transformando em uma instituição destinada ao cuidado e tratamento de enfermidades, buscando soluções para os problemas de saúde da comunidade (RUTHES; CUNHA, 2007).

Existe a necessidade de um sistema de informação que propicie a todos os membros da equipe de enfermagem, dados necessários ao desenvolvimento da assistência. Dessa maneira, o sistema de informação em enfermagem otimiza o processo de comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional e o cliente (KURCGANT, 1991).

O prontuário reúne os dados fornecidos pelo paciente ou seu responsável legal e os resultados obtidos em qualquer tipo de exame. Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas associadas e a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

A prática profissional de enfermagem tem como atribuição as ações relacionadas às anotações, essa atividade torna-se cada vez mais importante num cenário que cada vez mais presa pela boa administração, resultando em economia para a instituição. A forma encontrada de melhor fiscalizar essa prática é a auditoria, que refere-se à avaliação e revisão detalhada de registros clínicos analisados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência. Em outras palavras é uma atividade dedicada à qualidade dos serviços, que utiliza como instrumentos o controle e a análise de registros (CAMELO et al., 2009).

Para atender às exigências do processo assistencial e gerencial, faz-se necessário que se implante um modelo de gestão adequado para a instituição de saúde, a fim de aperfeiçoar o processo gerencial hospitalar, que é visto hoje como uma empresa (BURMESTER; PEREIRA; SCARPI, 2007).

Os registros de enfermagem consistem em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. São elementos essenciais na documentação do cuidado humano,

considerando que, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação e têm como finalidades estabelecer efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria de enfermagem e colaboram com o ensino e pesquisa em enfermagem (MATSUDA et al., 2006).

Nesse trabalho foi definido como objetivo de pesquisa: avaliar os registros de enfermagem e sua contribuição para a gestão hospitalar. Para alcançar a resposta a essa pergunta foram observadas as seguintes etapas. Na primeira etapa foram avaliados os dados referentes à identificação do paciente e da instituição, na segunda foi realizado o exame de prontuários, com o preenchimento de formulários específicos pelo enfermeiro e na terceira os resultados foram analisados definindo a qualidade do serviço.

2 JUSTIFICATIVA

As anotações de enfermagem são de suma importância para o preenchimento completo do prontuário, através delas é possível verificar os procedimentos realizados com o cliente, assim como as condições de saúde do mesmo, além de proporcionarem embasamento para realizar a fatura da conta hospitalar.

A atuação da auditoria de enfermagem é utilizada como apoio no processo de gestão, através dos resultados e análises feitas por ela é possível melhorar processos nas instituições hospitalares, rever e avaliar os mesmos no âmbito da enfermagem, visando à redução dos custos hospitalares, levantamento das prioridades e a capacitação da equipe para assistência de qualidade. Diante disso, para a prática da auditoria é importante desenvolver instrumentos que devem apontar claramente os objetivos de acordo com o que a instituição busca e preconiza, definindo o planejamento a ser alcançado para o alcance dos mesmos (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Nesse contexto, o estudo justifica-se pela importância da utilização de ferramentas de monitoramento dos registros de enfermagem como indicadores ao processo de planejamento e execução na gestão hospitalar, visto que eles servirão de referência para adequações, mudanças e avaliação das ações realizadas na instituição.

Os itens a serem analisados no prontuário dos pacientes são: a prescrição de enfermagem e a evolução dos procedimentos realizados pela mesma. Na análise dos registros desses buscou-se encontrar as informações necessárias sobre a assistência prestada ao paciente durante a internação.

Entende-se que a falta de anotações da equipe de enfermagem no prontuário interfere na comunicação entre a equipe multiprofissional e reflete negativamente sobre a qualidade da assistência prestada (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Ressalta-se que a anotação de enfermagem não deve ser encarada apenas como uma rotina de cumprimento de norma burocrática, passível de esquecimento; é preciso entender sua importância e as dificuldades ocasionadas pelo não preenchimento correto desse documento. Os resultados identificados através do uso dessa ferramenta possibilitam aos gestores das organizações hospitalares estarem alertas para desenvolver as mudanças necessárias, conforme o mapeamento.

Dessa forma, a presente pesquisa possibilita ao Gestor Hospitalar perceber o quão é importante a completude dos registros de enfermagem, bem como também ao profissional enfermeiro desenvolver tal atividade com o máximo de empenho, para que posteriormente, em uma possível auditoria, não haja problemas dessa ordem, facilitando assim o processo de melhoramento ou aprimoramento das práticas administrativas e de assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar possíveis inconformidades nos registros de enfermagem em unidade de internação clínica hospitalar através da avaliação do prontuário dos pacientes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar na prescrição de enfermagem os itens de checagem de procedimento de enfermagem, se nesses constam a identificação completa do funcionário de enfermagem, como determina a resolução do COREN/RS nº 115/2006.
- b) Verificar na evolução de enfermagem, as anotações dos procedimentos realizados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O registro dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem é item essencial para a comunicação da equipe multiprofissional, assim como para subsidiar informações que auxiliem na qualidade da assistência e no desempenho financeiro das instituições de saúde. Na sequência apresentam-se informações e conceitos teóricos que embasam a pesquisa realizada.

4.1 GESTÃO EM SAÚDE

Para realizar planejamento e definir as ações para melhorias, é necessário obter dados e informações através de ferramentas e a auditoria nos registros de enfermagem destaca-se como um instrumento de monitoramento para a gestão, nesse momento percebe-se a importância de um registro completo que não omita nenhuma informação e as expresse de forma clara.

A gestão hospitalar segundo Fontinele Júnior (2002, p. 27):

É o conjunto normativo dos princípios e funções que visam ao controle, a ordenação e a avaliação dos fatores de expressão de qualidade e excelência no processo e dos resultados do desempenho do pessoal do hospital, alicerçado pela ordenação dos fatores de produção e/ou de prestação de serviço.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), o conjunto de serviços oferecidos pelos hospitais, com tratamentos clínicos de alta tecnologia, cirurgias complexas, atividades contábeis e serviços básicos de hotelaria torna sua administração bastante trabalhosa, bem como a supervisão e controle apresentam-se como atividades extremamente desafiadoras.

De acordo com Motta (2003), auditoria de enfermagem é o acompanhamento sistemático da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente *in loco* e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar, visando garantir justa cobrança e pagamento adequado.

Implica ainda na 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 análise de registros (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Quando as anotações de enfermagem são em sua maioria inconsistentes ou ilegíveis a glosa passa a ser cada vez mais frequente na organização. Glosar significa cancelamento ou recusa parcial ou total de orçamento, conta ou verba por serem considerados ilegais ou indevidos, ou seja, refere-se aos itens que o auditor da operadora (plano de saúde) não considera cabível para pagamento (PELLEGRINI, 2004).

Para Mezomo (2001) as ferramentas, por si, não melhorarão a organização se não houver liderança, monitoramento e adequação com realidade; se os administradores não garantirem às equipes o tempo e os recursos necessários; se a cultura organizacional não for mudada e, por fim, se as pessoas não forem fortalecidas pela educação.

De acordo com Medeiros e Andrade (2007), para que a auditoria possa ser eficiente e eficaz é importante que seja vista como um sistema de educação e aperfeiçoamento contínuo, tornando-se visível a preocupação com a qualidade, a segurança das prestações de saúde, tratando de alcançar, por intermédio de um processo de ensino e aprendizagem, motivação e participação de todas e cada uma das pessoas que atendem pacientes.

A auditoria hospitalar permite uma avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos relacionados à assistência. Abrangendo o monitoramento de aspectos organizacionais, operacionais e financeiros, mas sempre com o mesmo foco: a qualidade dos cuidados prestados (SCARPARO, 2005). Há uma relação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Assim, podem-se avaliar os cuidados de enfermagem através dos registros, os quais demonstram a qualidade da assistência de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

As funções gerenciais do enfermeiro são destacadas por Hausmann e Peduzzi (2009), como ações com a finalidade de assegurar a qualidade da assistência de enfermagem e o bom funcionamento da instituição através da sustentabilidade. Giordani, Bisogno e Silva (2012) explicam que elas não se encerram em si e sim preparam o enfermeiro para planejar processos e contribuir para qualificar a assistência em saúde.

O exercício gerencial no contexto hospitalar é sinalizado por Santos et al. (2013), como um compromisso exclusivo do enfermeiro, embora a gerência seja considerada um processo coletivo relacionado à equipe de enfermagem e saúde. Para aferir a qualidade de serviços é preciso mensurar resultados e uma das formas encontradas para evidenciar esses resultados é a monitoração dos indicadores (TEIXEIRA et al., 2006).

Teixeira et al. (2006) afirmam que indicadores são elementos reguladores da qualidade e assistência, no caso da enfermagem obedecem a padrões pré-estabelecidos e periodicamente revistos e que são construídos a partir de componentes da estrutura da instituição.

Um indicador não é um sinônimo direto de qualidade e sim uma unidade de medida de uma tarefa. É quantitativo e pode ser usado para acompanhar e avaliar a qualidade de cuidados realizados ao cliente e as atividades dos serviços de suporte. Identifica ou direciona a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde, que devem ser motivo de uma revisão. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato (MOTA; MELLEIRO; TRONCHIN, 2007; DUARTE; FERREIRA, 2006; TEIXEIRA et al., 2006).

As anotações de enfermagem consistem em documento legal que pode ser contemplado por toda a equipe de saúde, devendo ser valorizado e monitorado pelos gestores administrativos.

4.2 REGISTROS NO PRONTUÁRIO

É oportuno salientar que a palavra prontuário origina-se do latim *promptuarium* e significa “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” ou “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009). O prontuário é considerado um documento legal imprescindível, requisito essencial para a comunicação de informações do paciente entre a equipe multiprofissional.

No ano de 1996, o Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução do COFEN nº 191/96, estabelece os princípios para a documentação das ações de enfermagem, para garantir que todas as anotações de enfermagem registradas no

prontuário do paciente sejam precisas, claras, objetivas, completas e abrangentes (FERREIRA et al., 2009).

No Brasil, o conceito mais utilizado foi proposto pelo CFM. A Resolução nº 1638/2002 define prontuário do paciente como:

Um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas 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 indivíduo.

O registro da história clínica de cada pessoa, materializado na forma de prontuários impressos ou eletrônicos, constitui memória valiosa para o profissional de saúde, além de instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado. Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais (RAMOS, 2008, p. 126).

Os registros de enfermagem no prontuário do cliente também são usados para fins de faturamento e cobrança, para auditoria interna ou externa, para obtenção de dados estatísticos sobre as atividades realizadas e para análise institucional. Boa parte do pagamento de materiais, medicamentos, procedimentos e outros serviços estão vinculados aos registros de enfermagem (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004).

O mais adequado é constar nos prontuários o que prevê na Resolução COREN/RS nº 115/2006 na íntegra, pois a documentação de enfermagem constitui o registro das ações de enfermagem na assistência ao paciente, relativo às condições do mesmo, execução dos cuidados planejados, em função de um determinado tratamento, procedimento ou diagnóstico e/ou a justificativa da sua não execução; pois o registro de enfermagem é a base que sustenta as ações realizadas e deve ser construído fidedignamente seguindo critérios (COREN/RS, 2006).

O registro é um elemento importante para a avaliação dos procedimentos implementados e a partir dessa avaliação se estabelecem ações para melhorar ou dar continuidade ao cuidado, além desse documento ser também uma prova legal do cuidado prestado (CARAZO et al., 1986). Devido a essas razões as anotações de

enfermagem no prontuário, de maneira completa, facilitam todo o processo de auditoria, evidenciando eficiência na assistência prestada.

4.3 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Analisar os registros de enfermagem, identificando sua maneira de preenchimento, contribui para estabelecer critérios para essa ação, que devem seguir o que preconiza a legislação, garantindo a qualidade da assistência prestada e o equilíbrio financeiro da instituição de saúde.

No Brasil, os registros de enfermagem vêm sendo considerados para pagamentos na assistência à saúde prestada ao cliente pela análise dos prontuários, garantindo justa cobrança e pagamento adequado (MOTTA, 2003).

A anotação de enfermagem é de responsabilidade do técnico e/ou auxiliar de enfermagem, destinado ao registro conforme sua atribuição, este deve fazer todas as observações pertinentes ao paciente, como os procedimentos e reações apresentadas pelo mesmo, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na sistematização da assistência de enfermagem (COREN/SP, 2004).

A evolução de enfermagem deve ser feita para todos os pacientes internados, diariamente ou na ocorrência de alteração no estado desses, constando data, horário e registrada em impresso próprio; na primeira evolução, resumir as condições gerais detectadas durante o preenchimento do histórico e relacionar os problemas selecionados para a primeira intervenção; constar assinatura e COREN do enfermeiro (COREN/RS, 2006). Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem em sua Resolução 191/96 determina que a equipe de enfermagem tem que identificar-se após cada registro, utilizando nome, categoria e número do registro no COREN (COFEN, 1996).

Com relação aos registros, a checagem garante se um procedimento foi realizado, mas isso deve ser feito de maneira correta, ou seja, com um traço na diagonal sobre o horário na cor vermelha nos turnos manhã e tarde e na cor azul no turno da noite. Quando não realizados, os horários devem ser circulados e justificados (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

No prontuário do paciente estão contidas as informações escritas que comprovam o atendimento e tratamento prestado durante a internação. A evolução, as reações e as preocupações do paciente devem ser registradas, utilizando-se

termos que expliquem os episódios de maneira clara. A equipe de enfermagem deve organizar o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois fazem parte das responsabilidades legais da enfermagem (KRON; GRAY, 1989). Observa-se, com base nos registros, que se pode permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de programar ações que visem melhorias nos resultados operacionais (FONSECA et al., 2005).

Os registros executados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), têm a finalidade fundamental de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para compreensão do paciente de modo global (COREN/SP, 2004). O Art. 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe como Responsabilidade e Dever do Enfermeiro: registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa (COFEN, 2007).

Para a equipe de enfermagem realizar suas atribuições deve-se seguir o que regulamenta a Lei nº 7.498 de 1986 do Exercício Profissional, atendendo todos os artigos com suas especificidades, até mesmo o que ressalta a incumbência a todo pessoal de enfermagem da obrigação de anotar no prontuário do cliente todas as atividades da assistência de enfermagem (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

O prontuário do paciente está a cada dia se firmando legalmente como ferramenta fundamental na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes no hospital, provendo informações vitais para processos judiciais e convênios de saúde (PEON; AMARANTE, 2000).

Todos esses registros de enfermagem são base para sustentação das ações realizadas como prova de que o paciente recebeu a assistência devida. É de suma importância anotar todos os cuidados realizados com o cliente, checando os procedimentos realizados e justificando o motivo dos que não foram realizados, favorecendo a continuidade do cuidado. É necessária uma supervisão nos registros pelo enfermeiro, pois além de anotar é preciso estar informado sobre todos os procedimentos realizados pela enfermagem ao cliente durante sua internação. As melhorias no processo dependem do monitoramento dos registros de enfermagem de forma permanente, visando contribuir na gestão em saúde.

Dessa maneira, para acompanhar essa prática, a metodologia utilizada implicou em identificar inconformidades no preenchimento do prontuário através do instrumento elaborado para a coleta de dado. A partir disso será possível estabelecer uma noção dessas inadequações, bem como a necessidade de corrigi-las para melhor funcionamento da empresa.

5 MÉTODOS

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico de médio porte, localizado no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A instituição hospitalar receberá prévios esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, métodos de coletas de dados e as contribuições advindas do estudo, e assinado o Termo de Aceite Institucional autorizando a coleta de dados.

O referido hospital está situado no município, foi fundado em 19 de outubro de 1890, brasileiro, situado no Estado do Rio Grande do Sul. Em 2010 sua população era de 78.461 habitantes, o terceiro município mais populoso da região Noroeste Riograndense, abrange 216 municípios e ocupa a 22^a colocação dentre os 496 municípios que abrangem o referido Estado.

A cidade possui três hospitais, destacando-se a Associação Hospital de Caridade Ijuí, centro regional na área da saúde pública, dotado de equipamentos de última geração, com serviços de alta complexidade. Atende pessoas de 120 municípios e tem 75% de sua capacidade destinada a atendimento aos usuários do SUS e demais convênios.

A Associação Hospital de Caridade Ijuí foi fundada em 1935, hospital geral, beneficente e filantrópico, características mantidas até os dias atuais. Possui uma estrutura com 223 leitos (clínicos, cirúrgicos, pediátricos, obstétricos, entre outras especialidades com atendimento de média e alta complexidade). O hospital atende pacientes SUS, particulares e convênios (planos de saúde). Dentre os atendimentos disponibilizados pelo referido hospital, estão ambulatório de especialidades médicas, banco de leite, CACON, INCOR, emergência, banco de sangue, unidade de diálise, captação de órgãos e tecidos para transplantes, centro cirúrgico, diagnóstico por imagem, instituto de olhos, transplante de órgãos, unidade de terapia intensiva (adulta, pediátrica/neonatal e cardiológica), medicina nuclear (HCI, 2015).

A obtenção de dados para a pesquisa foi realizada através da elaboração de um instrumento em forma de check-list (ANEXO B), seguindo fielmente a literatura na construção do mesmo, visando avaliar a qualidade dos registros de enfermagem e identificar possíveis inconformidades no preenchimento do prontuário, nos itens de identificação do funcionário, anotações de procedimentos de enfermagem e checagem de procedimentos de enfermagem.

No presente estudo, o método utilizado será uma abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, através da apreciação documental que será realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes do hospital geral do noroeste do Estado em duas unidades de internação clínicas e cirúrgicas. Na Unidade I a clientela é formada por pacientes com planos de saúde privados, é composta por 16 leitos. Na Unidade II é integrada tanto por pacientes com planos de saúde privados como por clientes do SUS, é composta por 26 leitos.

Para amostragem será feita a análise de quatro prontuários por dia. A condição para incluir o prontuário na análise é o tempo de internação: mais de dois dias. Foram observados registros por um período de trinta dias durante o mês de dezembro de 2014. Em cada unidade de internação foram analisados 113 prontuários, totalizando 226 prontuários no período da pesquisa. Segundo Silva e Grigolo (2002), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor, podendo desse modo contribuir com a comunidade científica a fim de que outros possam voltar a desempenhar futuramente o mesmo papel.

Richardson (1999, p. 70) afirma que a abordagem quantitativa:

Caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc.

Após uma leitura minuciosa, ordenação dos dados e leituras interpretativas de bibliografias referentes à auditoria de enfermagem em âmbito hospitalar os dados foram sistematizados segundo os quesitos da auditoria de enfermagem investigados, sendo digitados e armazenados em banco de dados estruturado, usando o editor da planilha do Microsoft Office Excel 2007. Foram verificados os critérios estabelecidos, ou seja, os itens definidos no prontuário do paciente e identificado a quantidade de prontuários que apresentaram registros completos e incompletos. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise estatística e apresentados em forma de tabela para análise e discussão conforme referencial teórico.

Nesse estudo não foram utilizadas entrevistas ou questionários para acesso a dados e informações, utilizou-se dados e informações oriundos da Instituição Associação Hospital de Caridade de Ijuí. A observação foi autorizada pela gestora Sr^a Elisabete dos Santos, por meio do Termo de Aceite Institucional (ANEXO A). Assim, fica dispensado o encaminhamento e a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

6 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os dados coletados foram listados e descritos em forma de tabela, para melhor visualização e compreensão da equipe de enfermagem. No período de 01 de dezembro a 31 de dezembro foram analisados 113 prontuários nas duas unidades escolhidas para a pesquisa, totalizando 226 prontuários.

Tabela 1: Preenchimento dos registros de enfermagem no prontuário, avaliados no mês de dezembro de 2014, em duas unidades de internação em um hospital geral da região noroeste do RS

Dados	Preenchimento dos Prontuários	
	Número	Percentual (%)
Anotação de Procedimento		
Completo	129	57
Incompleto	97	43
Total	226	100
Checagem de Procedimento		
Completo	157	69,5
Incompleto	69	30,5
Total	226	100
Identificação Profissional		
Completo	225	99,5
Incompleto	1	0,5
Total	226	100

Na tabela acima se observa que a Unidade I tem menores quantidades de inconformidades para o item anotação de procedimento de enfermagem, porém apresenta maiores quantidades de inconformidades para o item checagem de procedimento de enfermagem e para o item identificação do funcionário com nome, categoria profissional e número do COREN, com relação à Unidade II.

As anotações foram transcritas integralmente do prontuário para o instrumento, os resultados apresentados são itens que compõem o prontuário e por esse motivo constaram no instrumento de coleta de dados, seguindo estatística descritiva de acordo com os objetivos da pesquisa.

Na análise desses dados pode-se observar que a incidência de inconformidades nos registros de enfermagem é semelhante nas duas unidades selecionadas. Em maior ou menor número nas duas unidades ocorreram situações de erros nessas anotações. O mais comum em ambas unidades foi a falta de anotações de procedimentos de enfermagem, mesmo sendo estas unidades compostas por equipes distintas de trabalho. Os três itens verificados conforme os

objetivos da pesquisa apontaram pontos frágeis nos registros, impossibilitando a obtenção de informações completas sobre a assistência ao cliente.

O registro de enfermagem, como fonte de dados, tem sido, às vezes, criticado sob a justificativa que são avaliados os registros e não os cuidados de enfermagem. Pode-se dizer o óbvio, que há correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Os cuidados de enfermagem podem ser avaliados através dos registros, logo, a avaliação dos registros, conseqüentemente, reflete a qualidade de enfermagem (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004).

De maneira geral, os resultados demonstraram a necessidade de melhorar a qualidade dos registros. Sendo assim, a tabela indica que com frequência as anotações de enfermagem não contemplam as informações necessárias que deveriam documentar os cuidados e serviços prestados ao cliente.

Nota-se, que a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, pois os registros são incompletos. A ilegibilidade nos registros de enfermagem resulta em dificuldade de interpretação e, conseqüentemente, poderá comprometer a assistência ao cliente, pois traz transtornos para a comunicação entre a equipe multiprofissional.

A partir da análise feita reitera-se que as anotações de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente e refletem através da qualidade dos registros, a qualidade da assistência prestada ao cliente, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha o cliente de forma integral, durante as 24 horas do dia. O registro feito adequadamente faz com que esse documento detenha a maior parte das informações sobre o cliente e os cuidados prestados a ele.

Diante disso, reforça-se que as anotações de enfermagem em prontuário devem ser claras, legíveis, objetivas e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão, proporcionando a todas as pessoas autorizadas estarem informadas sobre o paciente em questão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme se explicita na pesquisa as informações sobre o paciente no prontuário servem como meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, sendo muito importante na avaliação da assistência prestada, pois constitui uma forma de legitimar o trabalho daquele que o executou. Estes registros são também importantes para a tomada de decisões referentes aos cuidados com o paciente, auxiliando na análise de seu estado geral, sua evolução e resposta ao tratamento.

Referente aos objetivos específicos de checagem de procedimento de enfermagem, anotações de procedimentos de enfermagem e identificação profissional que compõem o prontuário, constatou-se registros incompletos, mesmo que em percentuais diferentes. Os três itens apresentam inconformidades que interferem na composição desse instrumento de trabalho, assim como na comprovação da assistência prestada ao paciente e na cobrança da conta hospitalar.

Para que os dados contidos no prontuário possam ser úteis e eficazes deve ser descrito a situação do paciente, ações realizadas e resultados obtidos. As informações contidas nele, registradas pela equipe de enfermagem, são utilizadas para gerenciar a assistência e avaliar sua qualidade.

Nesse contexto, entende-se que é imprescindível a reorganização dos serviços de enfermagem referente aos registros, para transmitir segurança aos demais profissionais e aos clientes, pois uma das funções da informação é fornecer subsídios para a realização adequada dos procedimentos assistenciais de enfermagem.

Sendo assim, reitera-se a importância da avaliação por parte dos enfermeiros, de como estão sendo realizados os registros de enfermagem no prontuário. Realizar esse monitoramento é fundamental, tal atividade visa sempre à qualidade da assistência prestada aos clientes e administrativamente conduz ao melhor resultado para fatura da conta, pois relaciona o cuidado com os materiais e medicamentos necessários para a realização da assistência.

8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BURMESTER, H.; PEREIRA, J.; SCARPI, M. J. Modelo de gestão para organizações de saúde. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 125-132, out./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS37_modelo.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

CAMELO, S. H. H. et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 1018-25, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. 2007. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 191/96**. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de enfermagem. 1996. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

COREN/RS – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Decisão COREN/RS nº 115/2006**. Normatiza no Estado do Rio Grande do Sul os princípios gerais para as ações que constituem a documentação de enfermagem. 2006. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/legislacao_d9497d5565bff743e2fe204ba85580c7.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2014.

COREN/SP – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Anotações de enfermagem**. 2004. Disponível em: <www.corensp.org.br>. Acesso em: 02 jul. 2014.

DUARTE, I. G.; FERREIRA, D. P. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 31, p. 63-70, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS31_uso%20de%20indicadores.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FERREIRA, T. S. et al. Auditoria em enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Revista Aquichan**, Chiá, Colômbia, v. 9, n. 1, p. 38-49, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FONSECA, A. S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo Saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/29/05_Auditoria_indicadores.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Administração hospitalar**. Goiânia: AB Editora, 2002.

FURASTÉ, P. A. **Normas técnicas para o trabalho científico**: explicitação das normas da ABNT. 17. ed. Porto Alegre: Dáctilo-Plus, 2014.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

HCI – HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ. **Serviços**. Disponível em: <<http://www.hci.org.br/site/>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**: colocando em ação as habilidades de liderança. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 2, p. 344-61, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, p. 415-21, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 20 maio 2015.

MEDEIROS, U. V.; ANDRADE, J. M. V. **Guia de estudo de auditoria**. Apostila do Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. São Paulo: Faculdade de Odontologia, 2007.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.

MOTA, N. V. V. P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do programa de qualidade hospitalar. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 34, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/?q=pulica%C3%A7%C3%B5es/revista-de-administra%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde&page=1>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

MOTTA, A. L. C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: látria, 2003.

PELLEGRINI, G. Glosas convênio x prestador. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE; 3ª JORNADA DE GESTÃO E CLÍNICAS MÉDICAS, 2004, São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo, 2004.

PEON, A. U.; AMARANTE, S. T. Proposta de um instrumento para auditoria retrospectiva da assistência de enfermagem. In: 7º ENFTEC, 2000, São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo, 2000.

RAMOS, V. A. **Consulta em 7 passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda, 2008. p. 126.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <www.rdconsultoria.com.br/.../Administração%20Hospitalar/Glosas%20H>. Acesso em: 18 fev. 2015.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 28(4):570-5, dez. 2007.

SANTOS, J. L. G. et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/14.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

SCARPARO, A. F. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 80, n. 8, p. 46-50, 2005.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 302-305, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a04v61n3.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 313-17, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. **Metodologia para iniciação científica à prática da extensão II**. Florianópolis: Ed. UDESC, 2002.

TEIXEIRA, J. D. R. et al. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 271-78, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a18.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Aceite da Instituição



Ijuí/RS, 16 de Setembro de 2014.

A/C Profª Maria Luiza de Barba
Pós Graduação de Gestão em Saúde
UFRGS/RS

Na oportunidade em que a cumprimos, vimos por meio desta dar retorno positivo para a solicitação feita pela pesquisadora, Luciane Zambarda Todendi de Bragas para a realização do Projeto de Pesquisa “Contribuições da Auditoria para Gestão Hospitalar”, no mês de Novembro/2014.

Salientamos que este documento autoriza a pesquisadora a realizar a devida pesquisa, conforme carta de apresentação e solicitação entregue ao Setor de Desenvolvimento Humano do HCI, cabe ressaltar que o Hospital não autoriza alterações na pesquisa no decorrer de sua execução.

Compete à pesquisadora apresentar cópia do relatório final, ao Coordenador da Unidade da realização da pesquisa e ao Desenvolvimento Humano, para aprovação do seu conteúdo e possível divulgação do nome de nossa Instituição.



Elisabete dos Santos
Gerente de Recursos Humanos

ANEXO B – Instrumento para Coleta de Dados

Check-List – Auditoria Concorrente

Data: ____/____/____

Identificação do funcionário	<input type="checkbox"/> Ok	<input type="checkbox"/> Em falta
Checagem de procedimento de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ok	<input type="checkbox"/> Em falta
Anotação de enfermagem	<input type="checkbox"/> Ok	<input type="checkbox"/> Em falta

Observação:
