

SEGURANÇA DO PACIENTE A NÍVEL HOSPITALAR: IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIOS

Allana Almeida de Souza¹; Antônia Imaculada Santos Serafim¹; Francisca Averlânia Dutra de Sousa¹; Gerema Keyle Teles de Souza²; Iviane Semíramis Raulino da Silva¹; Regina Kelly Guimarães Gomes³

¹ Discentes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: allanadip100@hotmail.com.br; imaculadadasmic@hotmail.com.com.br;
averlaniadutra27@hotmail.com.br; iviane.semiramis@hotmail.com.br

² Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); Integrante do Núcleo de Estudo Materno-Infantil (NEEMI);
E-mail: gerema.teles@yahoo.com.br

³ Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br

RESUMO

O tema da Segurança do Paciente vem sendo amplamente difundido em diversos países, o que se reflete na grande quantidade de estudos sobre a ocorrência de eventos adversos. Nesse sentido, o prontuário tem sua relevância, no que concerne ao contexto da segurança do paciente, pois representa uma fonte de dados deste para se tomar medidas e comportamentos cabíveis de acordo com o quadro apresentado através deste instrumento, o qual precisa ser bem registrado. O estudo teve por objetivo criar e implementar um formulário para observar a qualidade dos registros em prontuários de usuários assistidos em um alojamento conjunto e clínica médico-cirúrgica de um hospital-maternidade localizado no Sertão Central do Ceará. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2016, com visita semanal organizada, de acordo com a disponibilidade dos membros da equipe. Foram utilizados 50 questionários, onde foram analisados vários componentes do prontuário do paciente. Os dados quantitativos foram tabulados no programa Excel 2013, onde foram obtidos gráficos com frequências absolutas e percentuais, sendo analisados e discutidos, posteriormente, com base em literatura pertinente. As informações extraídas dos prontuários foram agrupadas em oito itens no questionário. Os itens continham dados referentes: a identificação do paciente, prescrição médica, evolução médica, evolução do enfermeiro, evolução dos técnicos de enfermagem, sinais vitais do paciente, resultados de exames e termos de consentimento para realização de procedimentos. Entre os principais resultados destaca-se que a maioria dos prontuários dos pacientes hospitalizados, tanto no alojamento conjunto, quanto na clínica médico-cirúrgica apresentam informações satisfatórias com relação ao estado de saúde do cliente, porém esses registros precisam ser melhorados no que tange à frequência das anotações. Conclui-se que este estudo será de grande valia não só para enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, mas também para toda a equipe interdisciplinar entendendo a importância do registro no prontuário como uma ferramenta para a segurança do paciente e da qualidade do serviço prestado.

Palavras-chave: Prontuário. Segurança do Paciente. Registros.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é constituída como um problema de saúde pública, visto que as pessoas estão expostas a inúmeros riscos, inerentes aos cuidados, em especial em ambientes hospitalares (RADUENZ, et al,2010). Para alcançarmos uma boa qualificação no que se refere a segurança do paciente, é necessário que haja uma quebra cultural da punição, onde o único responsável pelo paciente é o profissional que presta o serviço de forma direta, esquecendo de toda a organização que há por trás daquele profissional. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nesse sentido, o prontuário tem sua relevância no que concerne ao contexto da segurança do paciente, pois representa uma fonte de dados deste para se tomar medidas e comportamentos cabíveis de acordo com o quadro apresentado através deste instrumento, o qual precisa ser bem registrado. É no prontuário do paciente que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação.

Em virtude da importância de se investigar o tema, que na atualidade tem sido alvo de inúmeras discussões, e que mesmo sendo de grande importância para a segurança do paciente e também para assegurar a assistência prestada pela equipe de enfermagem, continua gerando conflitos e resistência quanto à sua aplicabilidade e legitimidade, é que surgiu a necessidade de questionar a validade e a importância da qualidade do registro no prontuário como critério importante para comunicação entre os membros da equipe de saúde e a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Partindo desse pressuposto, o estudo vai procurar responder a seguinte pergunta: Como está a qualidade dos registros em prontuários de usuários assistidos em um alojamento conjunto e na clínica médica de um Hospital Maternidade localizada no Sertão Central do Ceará.

Dessa forma, o estudo tem por objetivo criar e implementar um formulário para observar a qualidade dos registros em prontuários de usuários assistidos em um alojamento conjunto e clínica médico-cirúrgica de um hospital-maternidade localizado no Sertão Central do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em um Hospital-Maternidade localizado no município de Quixadá, a pesquisa foi realizada em prontuários de pacientes internados no alojamento conjunto e clínica médico-cirúrgica do Hospital Maternidade. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2016, com uma visita semanal feita em dias e horários alternados de acordo com a disponibilidade dos membros da equipe, sendo que cada membro apresentava-se ao Hospital Maternidade individualmente, permanecendo na unidade apenas o tempo necessário para a coleta de dados. Foram utilizados 50 questionários, onde foram analisados vários componentes do prontuário do paciente.

Além disso, os dados quantitativos foram tabulados no programa Excel 2013, onde foram obtidos gráficos com frequências absolutas e percentuais, sendo analisados e discutidos, posteriormente, com base em literatura pertinente.

Os princípios éticos indispensáveis à pesquisa com seres humanos, como: respeito pela dignidade humana, direito à autonomia, justiça, não maleficência e beneficência terão prioridade neste estudo, atendendo assim às exigências da Resolução n°466/12 (BRASIL, 2012), que traça as diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos. Para realização da pesquisa, foi elaborado um Termo de Anuência, sendo assinado pelo diretor da unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 50 questionários, sendo 23 na clínica médica e 22 no alojamento conjunto. As informações extraídas dos prontuários dos pacientes internados no hospital-maternidade foram agrupadas em oito itens no questionário. Os itens continham dados referentes: a identificação do paciente, prescrição médica, evolução médica, evolução do enfermeiro, evolução dos técnicos de enfermagem, sinais vitais do paciente, resultados de exames e termos de consentimento para realização de procedimentos.

O prontuário do paciente é definido através da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, como 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 (BRASIL, 2013).

De acordo com a variável 1, constatamos que quatro questionários apresentavam-se incompletos, destacando falta de informações no histórico do paciente; falta de identificação da mãe na entrega do recém-nascido (RN) e falta do laudo de autorização de internações. Na pergunta 2, verificou-se que a prescrição médica presente nos prontuários mostraram que os médicos têm sido bastante comprometidos com suas anotações no prontuário dos pacientes. É primordial que o médico anote com detalhes todos os procedimentos realizados, justifique as condutas adotadas e faça um relato do estado geral do paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

Com as informações referentes aos itens 3 e 4, observou-se que a evolução do paciente é realizada de acordo as orientações do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (2006), que diz que pacientes internados devem ser reavaliados a cada 24 horas ou sempre que o paciente realizar exames ou mais frequentemente se necessário.

A pergunta 5 mostra que os registros da evolução dos técnicos de enfermagem foram feitos em todos os turnos na maioria dos prontuários analisados. A evolução do técnico de enfermagem tem o amparo legal na Lei n.º 2.064/65, que trata do exercício profissional da enfermagem, e prevê no art.14, inciso C, como dever de o pessoal de enfermagem manter atualizadas as anotações de tudo que se refere ao paciente e que tenha relação com a enfermagem.

De acordo com a pergunta 6, foi observado um número significativo de anotações pertinentes aos registros dos sinais vitais dos pacientes internados na unidade hospitalar. O item 7 diz que no prontuário do paciente estejam anexados os laudos de exames complementares, devidamente assinados e carimbados pelo médico emitente, com o intuito de facilitar possíveis esclarecimentos médicos com relação ao caso (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006). Na pergunta 8, percebe-se que a instituição de saúde é bastante criteriosa no que se refere ao termo de consentimento para realização de procedimentos. Momento onde o paciente ou responsável deve ser informado sobre os riscos dos atos médicos, dos procedimentos que serão realizados, dos possíveis problemas relacionados à recuperação, da situação de saúde do paciente e das alternativas possíveis.

Os devidos registros no prontuário do paciente é algo muito importante, visto que, é por meio desse registro que existe a interação paciente-equipe, a falta de informação pode prejudicar a recuperação do cliente, lembrando que do ponto de vista ético-legal, informação não registrada é informação perdida e cuidado não documentado é cuidado não executado (MATSUDA et al., 2007).

Tabela 1: Dados percentuais do questionário, Quixadá-Ceará, 2016.

Variáveis	SIM	NÃO
1-Registro de identificação do paciente em todos os documentos presentes no prontuário.	92%	8%
2-Registro completo da prescrição médica no prontuário do paciente.	92%	8%
3-Registro em todos os turnos da evolução médica no prontuário.	14%	86%
4-Registro em todos os turnos da evolução do enfermeiro no prontuário.	24%	76%
5-Registro em todos os turnos da evolução dos técnicos de enfermagem.	92%	8%
6-Registro em todos os turnos dos sinais vitais do paciente no prontuário.	88%	12%
7-Presença de resultados de exames complementares no prontuário do paciente.	92%	8%
8-Os termos de consentimento de procedimentos no prontuário do paciente.	88%	12%

Fonte: Coleta de dados, 2016.

CONCLUSÕES

As informações registradas no prontuário do paciente constituem-se em um documento de extrema importância, seja para o próprio paciente, para a área médica, administrativa, jurídica ou acadêmica. No prontuário, estão inseridas todas as informações referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente, sendo um documento sigiloso e pessoal.

Entre os principais resultados deste estudo descritivo quantitativo, destaca-se que a maioria dos prontuários dos pacientes hospitalizados, tanto no alojamento conjunto quanto na clínica médico-cirúrgica, apresentam informações satisfatórias com relação ao estado de saúde do cliente, porém, esses registros precisam ser melhorados no que tange à frequência das anotações, onde verificamos maior eficácia nos registros dos técnicos de enfermagem, que faziam a evolução do paciente, três vezes ao dia, na maioria dos prontuários observados. Os médicos preconizam o que diz o Conselho Federal de Medicina sobre a obrigatoriedade de se fazer a evolução do paciente no prontuário, apenas, a cada 24 horas.

Concluimos que este estudo será de grande valia não só para enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, mas também para toda a equipe interdisciplinar sobre a importância do registro no prontuário como uma ferramenta para a segurança do paciente e da qualidade do serviço prestado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.634, de 10 de Julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União; 9 de agosto de 2002.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. **Prontuário Médico do Paciente: Guia para uso prático.** Distrito Federal- Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529**, de 1 de abril de 2013.

MATSUDA et al. **Anotações/Registros De Enfermagem em um Hospital-Escola**. Cienc. Cuid. Saúde 2007;6 (Suplem. 2):337-346

RADUENZ, A. C. et al. **Cuidados de enfermagem e segurança do paciente**: Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. vol.18, n.6, pp.1045-1054, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, 2009.