

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Maria de Jesus Nascimento de Aquino¹, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante², Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu², Ligia Fernandes Scopacasa², Francisca Diana da Silva Negreiros³

Objetivo: analisar o conteúdo das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes, em . **Metodologia:** estudo quantitativo, com 151 prontuários de pacientes internados, de uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público terciário de Fortaleza-CE, Brasil, do período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, cujas anotações de 48 horas e de alta foram avaliadas. **Resultados:** dados evidenciaram anotações com conteúdo deficiente, que não expressavam a realidade dos pacientes e a assistência de enfermagem prestada. Observou-se adequação em relação ao preenchimento dos dados: data, horário e identificação do paciente, mas o preenchimento do número do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e assinatura do profissional sinalizaram preocupação pelo alto percentual de não conformidade aos aspectos éticos e legais. **Conclusão:** as anotações de enfermagem não refletiram as gravidades dos pacientes, nem a dinâmica da UTI.

Descritores: Registros de Enfermagem, Auditoria de Enfermagem, Cuidados Críticos, Enfermagem, Qualidade da Assistência à Saúde.

NURSING NOTES: QUALITY ASSESSMENT IN INTENSIVE CARE UNIT

Objective: Analyze the contents of nursing notes in patients' records in an intensive care unit (ICU) of a public tertiary hospital in Fortaleza, CE. It is a descriptive study with quantitative approach that analyzed 151 medical records of patients admitted to an ICU, from September 2014 to February 2015, whose 48 hour and discharge notes were evaluated. Data revealed notes with poor content, which did not express the patients' situation, nor the nursing care provided. Data concerning date, time, and patient identification were adequate. However, the COREN number and the professional's signature raised concern given the high percentage of non-compliance regarding ethical and legal aspects. Nursing notes did not reflect the severity of patients, nor the dynamics in the ICU

Descriptors: Nursing Records, Nursing Audit, Critical Care, Nursing, Quality of Health Care

ANOTACIONES DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Objetivo: analizar el contenido de las anotaciones de enfermería en registros de pacientes, en una unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital público terciario de Fortaleza-CE, Brasil. **Metodología:** estudio cuantitativo con 151 prontuarios de pacientes internados, de septiembre de 2014 a febrero de 2015, cuyas anotaciones de 48 horas y de alta fueron evaluadas. **Resultados:** datos evidenciaron anotaciones con contenido deficiente, que no expresaban la realidad de los pacientes y la asistencia de enfermería prestada. Se observó adecuación en relación al llenado de los datos: fecha, hora e identificación del paciente, pero el llenado del número del Consejo Regional de Enfermería de Ceará y firma del profesional señalaron preocupación por el alto porcentaje de no conformidad a los aspectos éticos y legales. **Conclusión:** las anotaciones de enfermería no reflejaron las gravidades de los pacientes, ni la dinámica de la UTI.

Descritores: Registros de Enfermería, Auditoría de enfermería, Cuidados Críticos, Enfermería; Calidad de la Atención de Salud.

¹Universidade de Fortaleza-UNIFOR/CE.Email: dejenascimento@gmail.com

²UNIFOR/CE.

³Universidade Federal do Ceará-UFC/CE.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de alta complexidade assistencial e requer equipe de enfermagem especializada. A rotina deste espaço está relacionada à manutenção da estabilidade das funções vitais em situações clínicas que exigem conhecimento especializado⁽¹⁾.

Devido à complexidade de cuidados, é necessário que a comunicação escrita, entre os profissionais de enfermagem e/ou equipe multiprofissional seja eficiente e fidedigna, descrevendo as alterações apresentadas pelos pacientes e os procedimentos realizados de forma segura.

Dentre os cuidados necessários à segurança do paciente, encontra-se a comunicação escrita demonstrada por meio dos registros em prontuários. O registro correto garante, ao paciente, uma qualidade na assistência continuada e, ao profissional, um respaldo legal. A ação de registrar faz parte das boas práticas de saúde, melhorando a comunicação entre a equipe, e auxilia numa recuperação segura e mais rápida dos pacientes⁽²⁾.

Essa comunicação entre os profissionais é fundamental para organização e (re) planejamento do cuidado, pois registros adequados objetivam a continuidade da assistência de enfermagem prestada e permitem fomentar pesquisas e auditorias, a fim de contribuir para uma enfermagem mais científica⁽³⁾.

Os registros são importantes para serem utilizados para fins de auditoria, pesquisa e avaliação da qualidade da assistência de Enfermagem. Através deles, podem ser realizadas investigações da evolução do paciente e do respectivo tratamento, fornecendo material para pesquisas de determinadas doenças e suas manifestações, servem também de fontes de dados em auditorias de aspecto financeiros ou relacionadas à qualidade da assistência e, ainda, contribuem para educação dos profissionais de saúde, pois permitem a elaboração de estudo de casos, pois, contêm as informações pertinentes aos pacientes⁽⁴⁾.

Para realizar anotações de qualidade, é mister atenção aos aspectos: registros devem ser legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos; não é permitido escrever à lápis ou utilizar corretivo líquido;

não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços; ao final da anotação, deve ter data e hora; identificação do profissional que fez as anotações⁽⁵⁾.

Na prática profissional, observa-se que os procedimentos são realizados, mas muitos deixam de ser anotados ou são registrados de modo incompleto. As falhas geram conotações conflitantes, em que se pode interpretar que os procedimentos foram executados ou não, causando prejuízo para avaliação dos cuidados prestados, para as glosas hospitalares e o reconhecimento do impacto do trabalho realizado pelos profissionais de Enfermagem.

Diante da importância da temática sobre os registros de enfermagem, objetivou-se analisar o conteúdo dos registros das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público terciário de Fortaleza-CE.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo e quantitativo. A população foi constituída de 194 prontuários dos pacientes internados na UTI, de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Foram avaliadas as

anotações de 48 horas após a internação e as do dia da alta.

O instrumento de coleta de dados foi um checklist elaborado com base nas sugestões do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽⁶⁾. Os critérios de inclusão foram: o paciente ter se internado durante o período de setembro de 2014 a fevereiro 2015, apresentar as anotações de 48 horas de internação e de alta descritas no prontuário e estar disponível no arquivo do hospital. Foram excluídos prontuários de pacientes que tiveram alta com menos de 48 horas ou com 48 horas de internação, sendo excluídos 43 prontuários, totalizando 151.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel/2007, analisados pelo programa Statistic Package for Social Sciences, por meio da análise estatística descritiva.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme protocolo nº 693.756/2014.

RESULTADOS

Foram avaliados 151 prontuários com ênfase na avaliação da qualidade das anotações de enfermagem de 48 horas de internação e alta.

Devido à complexidade de cuidados, é necessário que a comunicação escrita, entre os profissionais de enfermagem e/ou equipe multiprofissional seja eficiente e fidedigna

Na Tabela 1, encontram-se as informações e características presentes nas anotações de 48 horas e alta.

Tabela 1 - Informações e características dos registros das anotações de enfermagem da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

Variáveis (n=151)	48h				Alta			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Letra legível	151	100	-	-	151	100	-	-
Data	150	99,3	01	0,7	138	91,4	13	8,6
Horário	82	54,3	69	45,7	120	79,5	31	20,5
Identificação paciente	143	94,7	8	5,3	141	93,4	10	6,6
Rasura	16	10,6	135	89,4	11	7,3	140	92,7
Espaço em branco	21	13,9	130	86,1	19	12,6	132	87,4
Assinatura	145	96	06	4	147	97,4	04	2,6
Categoria profissional	21	13,9	130	86,1	29	19,2	122	80,8
Número do Conselho	7	4,6	144	95,4	25	16,6	126	83,4

Os dados referentes aos horários obtiveram percentual de preenchimento maior nas anotações de alta 120 (79,9%). O número de rasuras e espaços em branco nas anotações pesquisadas foram relativamente baixo em ambos os períodos investigados, mas as anotações de 48 horas ainda obtiveram percentual superior, 16 (10,6%) e 21 (13,9%), respectivamente, quando comparados à anotação de alta.

As assinaturas dos profissionais nas anotações estavam presentes na maioria das anotações de 48 horas, 145 (96%); e alta, 147 (97,4%). Foi evidenciado que dos 145 registros de 48 horas, 125 (86,2%) e dos 147 registros de alta, 52 (35,4%) apresentavam mais de uma assinatura. A informação sobre a categoria profissional foi mencionada em 29 (19,2%) registros das anotações de alta, em 21 (13,9%) das anotações de 48 horas. O número do conselho estava presente em 7 (4,6%) das anotações de 48 horas e em 25 (16,6%) das anotações de altas.

Evidenciam-se na Tabela 2 as anotações referentes ao sistema neurológico, gastrointestinal e urinário e os cuidados prestados presentes nas anotações de 48 horas.

Tabela 2 - Conteúdo da descrição neurológica, gastrointestinal e urinária e dos cuidados prestados presentes nas anotações de Enfermagem da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

Conteúdo da descrição (n=151)	Sim		Não	
	n	%	n	%
Neurológico	75	49,7	76	50,3
Gastrointestinal - Tipo de Dieta	80	53	71	47
Gastrointestinal - Eliminação Intestinal	53	35	98	65
Urinário	89	59	62	41
Massagem de conforto	65	43	86	57
Mudança decúbito	10	6,6	141	93,4
Aspiração	06	4	145	96
Medida de proteção	-	-	151	100
Cuidados de higiene	151	100	-	-

Dentre as anotações, 76 (50,3%) não continham a condição neurológica do paciente. Acerca das informações colhidas sobre gastrointestinal, 80 (53%) descreveram o tipo de dieta. Registro sobre a eliminação intestinal; 98 (65%) dos prontuários não informaram sobre as eliminações. A diurese foi descrita em 89 (59%) registros.

Com relação à descrição dos cuidados prestados, as informações sobre mudança de decúbito foram mencionadas em 10 registros (6,6%) e aspiração em seis registros (4%) e massagem de conforto foi de 65 (43%).

Os registros sobre presença de drenos, curativos e dor nas anotações de 48 horas estão na Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição de cuidados sobre curativos, drenos e dor das anotações de Enfermagem de 48 horas da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

Descrição dos cuidados	Sim		Não	
	n	%	n	%
Paciente com curativo (n=121)	121	80,1	30	19,9
Registro do curativo	49	40,5	72	59,5
Registro do local da lesão	21	17,4	100	82,6
Registro do tipo	5	4,1	116	95,9
Registro características	5	4,1	116	95,9
Paciente com dreno (n=30)	30	20	123	81,5

Descrição dos cuidados	Sim		Não	
	n	%	n	%
Registro do dreno	16	53,3	14	46,7
Registro do local do dreno	8	26,7	22	73,3
Registro do aspecto e quantidade	1	3,3	29	96,7
Registro da dor (n=151)	2	1,3	149	98,7

Dos 151 prontuários, foi identificado que 121 pacientes tinham curativos e 30 drenos, porém nas anotações de Enfermagem, foram mencionadas apenas em 49 (40,5%) pacientes e, destas anotações, observou-se baixo índice de registros referente ao local da lesão 21 (17,4%), tipo de curativo 5 (4,1%) e características das feridas 5 (4,1%). Com relação à descrição de dreno, foi evidenciado sub-registros de informações referentes aos pacientes com dreno, localização, aspecto e quantidade da secreção. A presença de dor foi mencionada em 2 (1,3%) dos registros.

Na Tabela 4, encontra-se o conteúdo dos registros de alta da UTI.

Tabela 4 - Conteúdos das anotações de Enfermagem relacionadas à alta da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

Conteúdos das anotações	Sim		Não	
	n	%	n	%
Transferência para enfermagem (n=98)				
Condições gerais de locomoção	2	2	96	98
Registro das orientações	-	-	98	100
Registro das condições gerais do paciente	47	48	51	52
Registro sobre acompanhante	1	1	97	99
Registro do local de transferência	44	44,9	54	55,1
Registro da entrega de pertences	2	2	96	98
Registro da entrega de medicação	3	3,1	95	96,9

Conteúdos das anotações	Sim		Não	
	n	%	n	%
Óbito (n=53)				
Registro da identificação do médico	14	26,4	39	73,6
Registro do Eletrocardiograma (ECG)	10	18,9	43	81,1
Registro da comunicação ao setor responsável	11	20,8	42	79,2
Registro sobre os cuidados pós-morte	6	11,5	46	88,5

Nos registros de alta, as informações mais frequentes foram sobre condições gerais dos pacientes 47 (48%), local de transferência 44 (44,9%) e as orientações da alta não foram mencionados em nenhum dos 98 (100%) casos. Observa-se percentual mínimos de registros da identificação do médico que atestou o óbito 14 (26,4%), ECG 10 (18,9%), comunicação do óbito 11 (20,8%) e cuidados pós-morte 6 (11,5%).

DISCUSSÃO

As falhas nos registros das anotações de enfermagem foram devido a informações descritas de forma sucintas, que não correspondiam à gravidade dos pacientes e à dinâmica da UTI, e incorreções pontuais no tocante aos dados que possibilitassem a identificação da categoria do profissional responsável pelo cuidado prestado.

Nos registros de Enfermagem, de modo geral, as falhas, na maioria, estavam relacionadas ao não preenchimento completo e/ou ausência da identificação do profissional e número do conselho profissional executor da tarefa e as desinformações referentes à data, ao horário, à letra ilegível, às anotações com conteúdo indistinto com a evolução de enfermagem e utilização de siglas não padronizadas, também, foram encontradas⁽⁶⁾.

Os percentuais de registros com rasuras e espaços em branco apresentaram número reduzido. Em estudo realizado em duas instituições de atenção secundária à saúde no Ceará evidenciou percentuais de rasuras de 13,3% e 60%(7). As falhas nos registros de enfermagem podem acarretar consequências econômicas à instituição, bem como provocar dúvidas quanto à assistência prestada. As anotações devem ser claras e objetivas, de forma que qualquer pessoa que lê possa entender a informação registrada⁽⁶⁾. Nesta pesquisa, todas as anotações encontravam-se legíveis.

A assinatura do profissional estava presente na maioria dos registros, porém foi evidenciado que em alguns registros continham a assinatura de mais de um profissional ao final do registro, o que constitui uma não conformidade. Destaca-se que os dados da categoria profissional, número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) foi insatisfatório, o que possibilitou a identificação da categoria de poucos profissionais.

O COFEN determina que os membros da equipe devem apor as assinaturas ou rubricas sobre os dados do carimbo contendo a sigla da categoria profissional, a inscrição do conselho e a sigla do COREN, acompanhada da sigla da Unidade da Federação. O carimbo é pessoal, intransferível e de uso obrigatório em todo documento firmado, quando do exercício profissional⁽⁸⁾.

As anotações referentes aos cuidados são realizadas para se ter um meio de comunicação entre os profissionais de saúde, o que ajuda a melhorar a qualidade e a continuidade do cuidado, e facilita o planejamento deste. É fundamental a realização das evoluções, prescrições, registros e anotações de Enfermagem de forma correta⁽⁹⁾.

Neste estudo, identificaram-se falhas nos registros das eliminações, tipo de dieta, descrição dos cuidados de mudança de decúbito, aspiração, dreno, curativo e dor que foram pouco registradas. Fato que coincide com estudo realizado no Paraná, em que foram evidenciados registros insatisfatórios de cuidados de enfermagem, destacando que as anotações sobre as eliminações intestinais estavam com informações incompletas e não havia registros da realização de mudança de decúbito⁽¹⁰⁾.

O registro de dor foi pouco mencionado neste estudo. Em pesquisa realizada em hospital em São Paulo, os registros de localização/características (54%), providência adotada (65%) e intensidade (36%) foram considerados insatisfatórios⁽¹¹⁾.

Em estudo sobre registro de curativo, observou-se percentual elevado de registro sem o tipo de tecido e de exsudado⁽¹²⁾. Resultados semelhantes ao encontrados nesta pesquisa, nos poucos curativos mencionados na anotação não continham as informações necessárias para o registro adequado.

As anotações sobre o curativo devem ser descritas: local da lesão e sua dimensão; data e horário; sinais e sintomas observados como presença de secreção, coloração, odor, quantidade; relatar necessidade de desbridamento; tipo de curativo oclusivo, aberto, simples, compressivo; presença de dreno; material prescrito e utilizado, bem como relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia⁽⁵⁾.

A análise dos registros de Enfermagem realizada em dois

hospitais de Maceió evidenciou que estes eram descritos com pouca profundidade, não apresentavam as respostas dos clientes aos cuidados prestados, não retratavam a realidade do paciente e a assistência prestada. Ainda, referiram que as respostas dos clientes frente aos cuidados prestados estavam presentes em 8% e 1,8% dos registros⁽¹³⁾. Outra investigação realizada em hospital de Santa Catarina observou-se que as anotações realizadas pela enfermagem não expressavam a condição clínica dos pacientes e a assistência prestada registrada foram anotadas de forma precária⁽¹⁴⁾, corroborando com os resultados desta pesquisa.

No registro de alta, foi evidenciado que as informações sobre condições gerais do paciente, locomoção, local da transferência, presença do acompanhante, entrega de pertences e medicações obtiveram percentual baixo nas anotações e em nenhum foram descritas as orientações prestadas. Estudo realizado em um hospital em São Paulo apresentou semelhança em relação ao registro de condição de locomoção, procedimentos/cuidados realizados. Nesse estudo, o percentual de 77% para os registros de condições de transporte e procedimento/cuidados realizados foi considerado regular, o registro do local de transferência foi mencionado em 84% dos registros⁽¹¹⁾.

A ausência de registros ou informações incompletas podem gerar problemas de duplicidade de procedimentos executados dificuldades no acompanhamento de cuidados prestados e na execução da atividade, o que pode colocar em risco a recuperação do paciente⁽¹¹⁾. Diante do exposto, é necessário que as anotações de Enfermagem contemplem as atividades desenvolvidas e descrevam as respostas ao tratamento, as condutas tomadas.

Os registros constituem meio de demonstrar o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, é um indicativo imprescindível da assistência prestada. O preenchimento incompleto ou sua ausência são fatores que impossibilitam a avaliação da assistência prestada, o fornecimento de informações que possam amparar judicialmente o profissional e/ou a instituição.

É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência⁽⁵⁾.

Este estudo apresenta limitações quanto ao tamanho de sua amostra, devido a dificuldade de localizar alguns prontuários no arquivo, a falta de impressos das anotações de 48 horas e/ou alta nos prontuários e ter sido realizado em um único hospital reduzindo a quantidade de prontuários incluídos.

CONCLUSÃO

A qualidade das anotações de Enfermagem não reflete a dinâmica das atividades desempenhadas pelos profissionais de Enfermagem nem retratam, pela avaliação dos registros, a situação clínica dos pacientes. Desta forma, não cumprem com as exigências éticas e legais na maioria dos casos.

Detecta-se melhora em relação ao preenchimento de informações, como preenchimento do nome completo do paciente, data, horário da realização dos procedimentos e legibilidade dos registros, conforme sugere a legislação e que são de grande importância para segurança do paciente.

Para maior conscientização da equipe de enfermagem sobre a relevância dos registros serem fidedignos e claros, fazem-se necessários programas de educação permanente que abordem assuntos sobre resoluções do COFEN e as implicações jurídicas e econômicas, bem como os riscos à segurança do paciente, devido a registros incompletos ou ausentes e sua importância como instrumento de defesa dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Costa TD, Barros AG, Santos VEP. Registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Baiana Enferm*. 2013; 27(3):234-42.
2. Brasilino CEM, Oliveira PBL, Cavalcante MA, Barbosa JO, Guimarães RK. Segurança do paciente assistido em unidade de pronto atendimento: elaboração e implementação de um panfleto informativo. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem*. [Internet]. 2016. [Citado 2017 ago 19]; 2(2). Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/mice/article/view/1165/938>>.
3. Seignemarthin BA, Jesus LR, Virgílio MSTG, Silva EM. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem no pronto Atendimento de um Hospital Escola. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1123-32.
4. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene*. 2012; 13(1):64-73.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. [Internet]. 2016 [Citado 2017 ago 19]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>.
6. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. *R Enferm Cent O Min*. 2016; 1(6):2081-93.
7. Cestare VRF, et al. Anotações e registros de enfermagem: em busca da qualidade da assistência. *ReTEP*. 2015;7(1):1465-8.
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 0545/2017, de 9 de maio de 2017. Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem. Brasília-DF: COFEN; 2017.
9. Santana LC, Araújo TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Rev ACRED*. 2016; 6(11):59-71.
10. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):576-82.
11. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM Bernardes. A qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1):79-83.
12. Gardona RGB, Ferracioli MM, Pereira MTJ. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. *Rev Bras Cir Plast*. 2013; 28(4):684-90.
13. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco*. 2016;(1):24-7.
14. Rojahn D, Souza I, Locatelli P, Heemann R, Ascari RA. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. *Rev Uningá*. 2014; 19(2):9-13.