

## AVALIAÇÃO DO PADRÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Patricia Bover Draganov<sup>1</sup>  
Magaly Cecília Franchini Reichert<sup>2</sup>

### RESUMO

O prontuário do paciente é um documento legal que deve conter as informações da internação, portanto é fundamental conhecer os aspectos legais para dimensionar a importância do registro correto de todas as atividades. Este estudo teve por objetivos: 1) Avaliar o padrão de registros de enfermagem quanto ao local de origem do registro, horário de preenchimento, categoria profissional, Decisão COREN-SP-DIR/001/2000, SAE e débitos; 2) Enumerar medidas que direcionem as ações do serviço de Educação Continuada. Tratou-se de pesquisa descritiva, retrospectiva e abordagem quantitativa. A amostra, de 150 prontuários, foi selecionada por conglomerado. O levantamento e análise dos dados demonstraram, de forma geral, que os registros apresentaram falhas, que há uma necessidade de intervenção e as medidas de suporte sugeridas neste estudo pretendiam contemplar estas necessidades.

**Palavras-chave:** Registros; Enfermagem; Padrão.

## EVALUATION OF THE STANDARD OF THE REGISTERS OF NURSING IN A PRIVATE HOSPITAL IN THE CITY OF SÃO PAULO

### ABSTRACT

Patient's prompt book is a legal document that must contain the internment information. Therefore it is essential to know the legal aspects to evaluate the importance of the correct register of all the activities. This study presented the following goals: 1) To evaluate the standard of registers of nursing concerning the origin place of the register, time of fulfilling, professional category, Decision COREN-SP-DIR/001/2000, SAE and debts; 2) To number measures that direct the actions of the service of Continued Education. It was a descriptive research, as well as a retrospective ones and the approach was a quantitative ones. The sample, from 150 prompt books, was selected by conglomerate. The survey and analysis of the data had demonstrated in general that, the registers had presented imperfections and that an intervention was necessary, and the suggested measures of support in this study had intended to contemplate these necessities.

**Keywords:** Registers; Nursing; Standard.

## EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE LOS REGISTROS DE CUIDADOS EN UN HOSPITAL PRIVADO EN LA CIUDAD DE SÃO PAULO

### RESUMEN

El manual del paciente es un documento jurídico que debe contener la información de la internación, por lo tanto es básico saber los aspectos legales para dimensionar la importancia del registro correcto de todas las actividades. Este estudio que tuvo por objetivos: 1) Evaluar el patrón de registros de los cuidados de los enfermeros cuanto al lugar de origen del registro, del horario que los registros son escritos, categoría profesional, Decisión COREN-SP-DIR/001/2000, del SAE y débitos; 2) Enumerar las medidas que direccionen las acciones del servicio de la educación continuada. Se encargó de investigación descriptiva, retrospectiva y cuantitativa. La muestra de 150 manuales, fue seleccionada por el conglomerado. El examen y análisis de los datos demostraron, de manera general, que los registros presentaron imperfecciones, y la necesidad de intervención. Las medidas de soporte sugeridas en este estudio intentaron poner la atención y contemplar estas necesidades.

**Palabras clave:** Registros; Enfermería; Patrón.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Administração pela UNIFESP. Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerenciamento (GEPAG) da UNIFESP (mestrado). E-mail: [patricia.bover@telefonica.com.br](mailto:patricia.bover@telefonica.com.br)

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre. Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.

## INTRODUÇÃO

O hospital é considerado uma organização de alta complexidade, que exige que as atividades desenvolvidas em seus diversos departamentos estejam coordenadas, a fim de garantir a qualidade dos serviços prestados e o consequente alcance dos objetivos organizacionais. A qualidade transformou-se em um requisito indispensável em todos os campos empresariais e para que isso ocorra, é preciso haver princípios fundamentais para a legitimação de qualquer prática. A enfermagem faz parte deste processo como integrante da área de saúde, e para melhorar a qualidade da assistência, o acompanhamento do desenvolvimento científico é fundamental, visto que revê conceitos e melhora a performance da equipe<sup>(1,2)</sup>.

O planejamento é uma das primeiras funções administrativas e uma das mais importantes, por fornecer suporte para a tomada de decisões ou implementação de quaisquer programas ou propostas que se deseja viabilizar, além de ser imprescindível para a prestação de uma assistência adequada e de boa qualidade. O planejamento é um processo que envolve fases: conhecimento do sistema como um todo, determinação de objetivos, estabelecimento de prioridades, seleção dos recursos disponíveis, estabelecimento do plano operacional, desenvolvimento e aperfeiçoamento ou auditoria. Um programa de auditoria constitui “uma constante para o enfermeiro manter-se em suas funções, garantindo, a qualidade assistencial e empenhando-se na aquisição de melhores padrões”<sup>(3, 4)</sup>.

A auditoria envolve a avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, e é feita por meio de análise dos prontuários, acompanhamento do colaborador e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens, que compõem a conta hospitalar, cobrados. O objetivo da Auditoria de Enfermagem é a “avaliação, não somente da eficácia da assistência que o paciente recebe, mas também da integridade e exatidão da demonstração desta assistência no prontuário”<sup>(2,5)</sup>.

Um processo de auditoria instalado e bem conduzido pode gerar inúmeros benefícios: os clientes são beneficiados com a possibilidade de receber uma assistência de melhor qualidade, a partir de um serviço seguro e eficaz; a equipe de enfermagem passa a ter subsídios que estimularão a reflexão profissional, facilitando a avaliação dos aspectos positivos ou negativos da assistência

que tem prestado, proporcionando a oportunidade para o desenvolvimento profissional; para instituição, a auditoria é um meio de verificar o alcance dos objetivos, constituindo base para a continuidade da programação e forma de controle de custos; e, por fim, para a profissão proporciona a possibilidade de desenvolvimento de indicadores de assistência, estabelecimento de padrões de avaliação e consequente geração de novos conhecimentos<sup>(3)</sup>. A auditoria de Enfermagem abrange vasta área de atuação. Os enfermeiros auditores estão presentes nas instituições de saúde como:

**Enfermeiros auditores nos serviços de Educação Continuada:** é o serviço de auditoria realizado por um profissional enfermeiro que será responsável pela orientação de toda equipe interdisciplinar que tem acesso ao prontuário, para que se conscientizem sobre a importância legal de seu preenchimento, esclarecendo dúvidas e dando orientações contínuas. Desta forma este profissional avalia os padrões dos registros de enfermagem para melhorar o serviço prestado e registrado.

**Enfermeiros auditores do Serviço de Faturamento:** é o serviço de auditoria realizado por um profissional enfermeiro, que será responsável pela análise das contas hospitalares após alta do paciente, verificando a compatibilidade entre prontuário e a cobrança efetuada pelo auxiliar de faturamento na conta hospitalar.

Em ambas as áreas de atuação o enfermeiro deve conhecer todas as normas e rotinas do hospital relacionadas a todos os procedimentos realizados, bem como terá uma ligação direta com toda equipe de Enfermagem, médica e demais profissionais envolvidos.

As modalidades de auditoria, para Motta<sup>(2)</sup> são baseadas nas seguintes definições:

1. **Pré-auditoria ou Auditoria Prospectiva:** trata-se da avaliação dos procedimentos médicos antes da sua realização.
2. **Auditoria Concorrente ou Pró-ativa ou Supervisão:** trata-se da análise pericial ligada ao evento no qual o cliente está envolvido.
3. **Auditoria de Contas Hospitalares ou Retrospectiva ou Revisão de contas:** trata-se da análise pericial dos procedimentos realizados, com ou sem a análise do prontuário.

O prontuário do paciente é um documento legal que lhe pertence e está sob a responsabilidade técnica do médico. Ele deve conter as informações pertinentes à

internação do paciente, desde sua admissão à alta, portanto é fundamental conhecer os aspectos legais que envolvem esse documento, para que saibamos a dimensão e a importância do registro correto de todas as atividades realizadas no dia-a-dia de trabalho. Esta tarefa é uma obrigação legal de todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao paciente<sup>(2)</sup>.

Analisando os aspectos legais, conclui-se que, o preenchimento deve seguir um padrão, ser efetuado corretamente, de forma: clara, legível contendo toda a descrição da assistência prestada ao paciente. Para a padronização desta atividade, foi criada a Decisão COREN-SP-DIR/001/2000, que normatiza, no Estado de São Paulo, os princípios gerais para ações que constituem a documentação de Enfermagem e a Resolução do CREMESP nº 70, de 14 de novembro de 1995<sup>(6,7)</sup>. A auditoria de prontuário não deve estar limitada à estrutura formal do registro, deve alcançar o funcionário e sua atuação a fim de garantir um padrão ideal de registros de Enfermagem. O *Swedish National Board of Health and Welfare* determinou os seguintes padrões: o prontuário do paciente deve conter registros de enfermagem claros e distintos, deve descrever o planejamento, implementação e efeitos do cuidado de Enfermagem, deve contribuir para a segurança do paciente e servir de base para avaliação contínua e revisão das intervenções de Enfermagem. O cuidado deve ser registrado na forma de anotação, feita assim que for executado. Programas de treinamento combinados com mudanças organizacionais melhoram o registro de Enfermagem. As instituições que aplicaram programas de intervenção em registros de Enfermagem, que integravam a auditoria e educação continuada possibilitaram que os enfermeiros alcançassem e mantivessem padrões específicos de documentação<sup>(8-10)</sup>.

Atuando como enfermeira encarregada do serviço de pronto-atendimento em um hospital geral de São Paulo, observou-se que o local onde este estudo foi realizado não desenvolvia auditoria de educação continuada, não havia um trabalho de profissionais que atuassem próximo ao colaborador, que tivesse por objetivo a orientação contínua e a conscientização sobre a importância do registro. Atualmente, observa-se um setor de negociação de contas sobrecarregado pelo excesso de erros de registros, onde muitos evoluem para glosas<sup>3</sup> e uma equipe de colaboradores que não é

orientada continuamente ou conscientizada quanto à importância do registro. Não há um padrão bem definido de registros de informações em prontuários. Este problema envolve danos financeiros, de qualidade e até, em alguns casos, danos legais e priva a empresa de prestar uma assistência mais segura e eficaz, da oportunidade de desenvolver profissionalmente seus colaboradores; a empresa, de verificar o alcance de seus objetivos e por fim; do profissional desenvolver indicadores de assistência que permitam avaliar a qualidade, gerando subsídios para melhorá-la<sup>(3)</sup>.

Diante da justificativa acima descrita, este estudo teve como objetivos:

Avaliar o padrão de registros de Enfermagem quanto ao local de origem do registro do paciente, horário de preenchimento, categoria profissional, seguimento da normatização, referente à Decisão COREN-SP-DIR/001/2000 e requisitos da Instituição quanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (etapas implementadas e continuidade destas) e débitos.

Obter subsídios para enumerar medidas que direcionem as ações do serviço de Educação Continuada.

## MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com análise retrospectiva dos dados, por meio de consulta em prontuários.

Foi utilizado, como campo de pesquisa, um hospital geral, privado, de médio porte com 100 leitos, situado na zona leste da cidade de São Paulo que atende convênios e particulares. O estudo envolveu uma coleta de dados a partir de prontuários de pacientes de todos os setores: clínica médico-cirúrgica (CMC), unidade de terapia intensiva (UTI) adulto e pediátrico, pronto-atendimento (PA), centro-cirúrgico (CC) e hospital dia (Day). A média de altas é de cerca 280 ao dia para o Pronto-atendimento e de 20 ao dia para os outros setores.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2003, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e pela Gerência de Enfermagem do Hospital de estudo.

A população foi composta por todos os registros dos prontuários de pacientes do hospital em questão. A amostra foi escolhida aleatoriamente e correspondeu ao total de prontuários, observados após a alta do paciente, em cinco períodos distintos de coleta, somando um total de 150 registros.

<sup>3</sup> Glosa: anulação ou recusa, total ou parcial, de um orçamento ou conta<sup>(11)</sup>.

A amostra deu-se por conglomerado ou grupo, que consiste em selecionar, de forma aleatória, unidades que concentram vários elementos amostrais. Este tipo de amostragem é econômica, prática e permite a realização de estudos de maior amplitude, sendo muito apropriada para “surveys”<sup>(12)</sup>.

Foi utilizado um instrumento para coleta de dados adaptado de Francisco, composto de cinco itens e utilizou-se um guia com critérios para avaliação dos registros<sup>(13)</sup>:

1) Registro de identificação do prontuário, unidade, turno, data do impresso e categoria profissional envolvida com o preenchimento.

2) Avaliação do prontuário quanto a normatização do COREN-SP-DIR/001/2000, referente à anotação envolvendo aspectos do registro tais como: clareza, objetividade, precisão, legibilidade e ausência de rasuras; identificação do autor na anotação; identificação dos dados do paciente no impresso e o preenchimento à caneta.

3) Avaliação dos requisitos da Instituição referentes ao débito, Sistematização da assistência de enfermagem e continuidade dos registros de assistência.

4) Anotações ou registro de observação do auditor, envolvendo dados importantes e que podem acrescentar subsídios para a formulação de medidas que direcionem as ações da Educação Continuada, detalhes de registro que não foram pontuados nos itens anteriores.

5) Assinatura do auditor e data da auditoria.

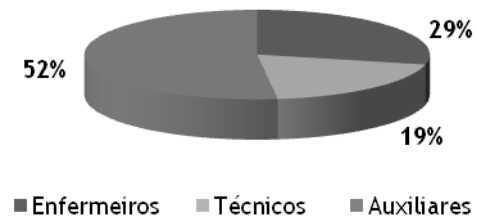
Os dados coletados, a partir dos registros dos prontuários analisados, foram tratados de forma quantitativa.

## RESULTADOS

Para alcançar o primeiro objetivo do estudo, avaliar o padrão de registros de Enfermagem quanto ao local de origem do registro do paciente, horário de preenchimento, categoria profissional, seguimento da decisão COREN-SP-DIR/001/2000, requisitos da Instituição quanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (etapas implantadas e continuidade destas) e débitos, foi utilizado uma planilha e, em seguida, os resultados foram analisados. Foram coletados dados de 150 prontuários.

Quanto à categoria do profissional que registra dados de assistência, obteve-se:

**Figura 1** – Categoria profissional que registra os dados da assistência de Enfermagem, no período de outubro a novembro de 2003. Fevereiro, 2004.



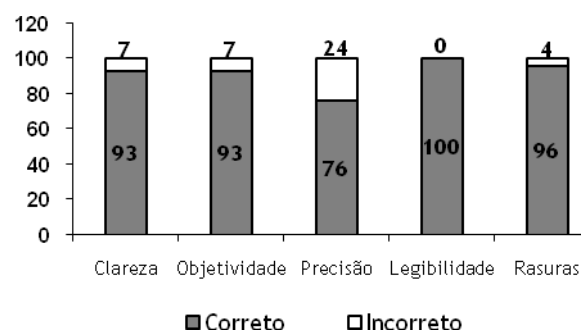
Neste gráfico observa-se que os enfermeiros realizaram registros em apenas 44 (29%) prontuários, enquanto que os auxiliares de Enfermagem registraram suas atividades em 76 (51%) prontuários e os técnicos de Enfermagem em 30 (20%) prontuários, somando um total de 96 (71%) prontuários preenchidos por profissionais de nível técnico, ou seja, não superior.

Segundo Cianciarullo et al.<sup>(14)</sup>, as anotações de Enfermagem são, essencialmente, informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade e segurança requeridos para o paciente e para a equipe, tanto do ponto de vista legal como o assistencial. Os enfermeiros, por meio da SAE, desenvolvem suas atividades e, desta forma, são vistos como norteadores da assistência de Enfermagem em todo o âmbito.

Quanto à presença de registro nos prontuários, estavam presentes em 143 (95,5%), enquanto que em 7 (4,5%) estavam ausentes.

A qualidade também foi mensurada, nos prontuários que apresentaram registros, quanto aos requisitos da Decisão COREN-SP-DIR/001/2000 e obtivemos os resultados:

**Figura 2** – Avaliação do Registro quanto aos requisitos da Normatização COREN/SP – DIR/001/2000, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.



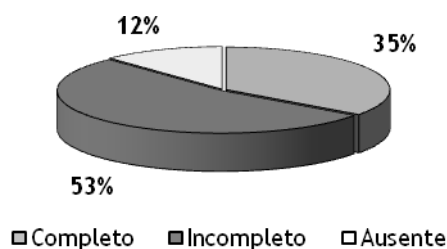
Neste gráfico nota-se que a maioria dos registros foram efetuados corretamente, pois

139 (93%) registros eram claros e objetivos, 114 (76%) registros eram precisos, 150 (100%) registros eram legíveis e 144 (96%) registros não apresentavam rasuras.

Para Cianciarullo et al.<sup>(14)</sup>, o conteúdo dos registros de enfermagem deve conter todos os cuidados prestados referentes à movimentação do paciente, ações de Enfermagem, manifestações físicas, funções fisiológicas e aspectos psicossociais. Além disso, para a padronização desta atividade, foi criada a Decisão COREN<sup>(6)</sup>, que o registro deve ser efetuado de forma clara, legível contendo toda a descrição da assistência prestada ao paciente.

Quanto à identificação do autor nos registros, no que se refere ao nome, profissão e COREN, nota-se que a maioria é incompleta: 80 (53%) registros; enquanto que 18 (12%) não apresentavam identificação (ausentes) e apenas 52 (35%) estavam completos:

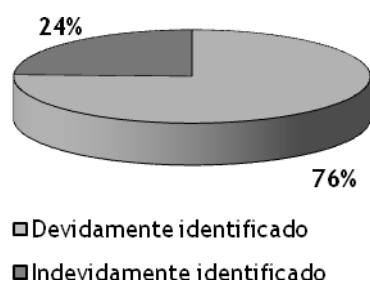
**Figura 3** — Avaliação da identificação do autor na anotação e checagem de Enfermagem, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.



Segundo a Decisão COREN<sup>(6)</sup>, o registro deve conter a identificação (nome completo, COREN e carimbo) da pessoa que fez a anotação. Quando o registro for manual, deve ser feito com letra legível, sem rasuras. Com base nesta norma, conclui-se que 98 (65%) registros estão errados quanto a este requisito.

Quanto ao preenchimento do cabeçalho ou identificação completa do paciente, obtivemos os dados, demonstrados a seguir:

**Figura 4** — Avaliação do preenchimento do cabeçalho do prontuário do paciente pela enfermagem, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.

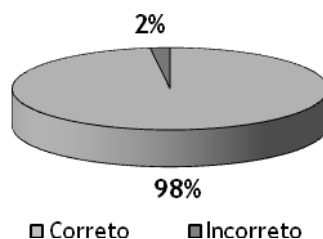


Observa-se que 114 (76%) prontuários foram devidamente identificados enquanto que 36 (24%) apresentavam-se incompletos ou com a identificação ausente, indevidamente identificados.

Segundo a Resolução CREMESP<sup>(7)</sup>, a identificação completa do paciente de forma legível, em ordem cronológica de data, de forma a permitir a continuidade da assistência, é um requisito legal para a confecção do prontuário do paciente. E ainda para a Decisão COREN<sup>(6)</sup>, o registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, e complementado com data e hora.

Quanto ao preenchimento com tinta ou lápis, a análise dos dados demonstrou que é claro, para a maioria dos colaboradores, que o registro deve ser feito à caneta, 147 (98%) registros foram efetuados à caneta enquanto que 03 (2%) a lápis.

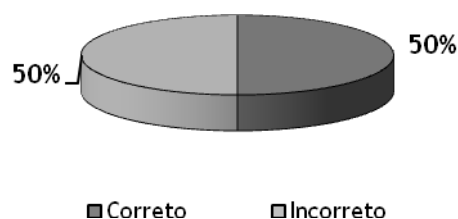
**Figura 5** — Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao preenchimento com caneta ou lápis, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.



Segundo a Decisão COREN<sup>(6)</sup>, artigo 7º, os registros podem ser do tipo: manual — escrito à tinta e nunca a lápis; eletrônico — de acordo com a legislação vigente.

Quanto aos débitos constatou-se que há necessidade de intervenção imediata, pois, em 75 (50%) impressos, os débitos foram efetuados de forma incorreta, incompletos, errados ou ausentes, como pode ser observado a seguir:

**Figura 6** — Avaliação da cobrança na folha de débito, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.



Quanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem, os dados obtidos foram agrupados a seguir:

**Figura 7** — Avaliação da presença de histórico, prescrição e evolução de Enfermagem, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.

|            | Presente    | Ausente     | Não se Aplica |
|------------|-------------|-------------|---------------|
| Histórico  | 50%<br>n=75 | 22%<br>n=33 | 23%<br>n=42   |
| Prescrição | 45%<br>n=67 | 50%<br>n=75 | 5%<br>n=8     |
| Evolução   | 27%<br>n=40 | 34%<br>n=51 | 39%<br>n=59   |

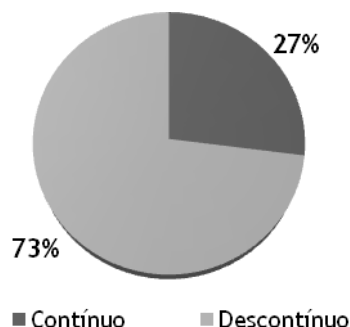
Segundo a tabela acima, 75 (50%) prontuários apresentavam histórico, levantamento de dados, em 33 (22%) estavam ausentes enquanto que em 42 (23%) prontuários este documento não se aplicava; quanto a prescrição, 67 (45%) prontuários apresentavam ações de Enfermagem com aprazamento, 75 (50%) prontuários não apresentavam esta documentação e em 8 (5%) prontuários isto não se aplicava; quanto a evolução, 40 (27%) prontuários continham a avaliação diária da resposta do paciente à conduta terapêutica, enquanto que em 51 (34%) prontuários esta documentação não foi encontrada e em 59 (39%) prontuários isto não se aplicava.

Para Cianciarullo et al.<sup>(14)</sup>, a SAE faz com que o enfermeiro se aproxime do paciente por meio dos registros e na implementação de ações. Este processo resulta em uma assistência individualizada e contínua por permitir que sejam estabelecidas prioridades e que os enfermeiros desenvolvam atividades que lhe são privativas.

E ainda, o COREN<sup>(6)</sup>, no uso de suas atribuições, considerando os artigos 5, XIII e 197 da Constituição Federativa do Brasil, a Lei do exercício profissional, o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, nos termos que dispõem a Resolução COFEN — 160/93, considera a SAE como atividade privativa, como prática de um processo de trabalho adequado a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde.

Conclui-se, ao final desta coleta de dados, que os registros de Enfermagem são descontínuos, pois 110 (73%) prontuários não apresentavam a SAE em todas as etapas, enquanto que apenas 40 (27%) prontuários apresentavam todas as etapas implementadas na empresa em estudo:

**Figura 8** — Avaliação da continuidade da assistência de Enfermagem, quanto aos registros, no período de outubro a novembro de 2003. São Paulo, fevereiro, 2004.



Conforme Cianciarullo et al.<sup>(14)</sup>, o SAE permite a realimentação do processo, ajustando-o de acordo com as necessidades, a continuidade da assistência, além de possibilitar, por meio de documentação, o registro do planejamento, execução e o controle dos resultados. As anotações de Enfermagem são, essencialmente, informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade e a segurança requeridas para o paciente e para a equipe, tanto do ponto de vista legal como o assistencial. Os enfermeiros, por meio da SAE, desenvolvem suas atividades e, desta forma, são vistos como norteadores da assistência de Enfermagem em todo o âmbito. A SAE caracteriza o que é da Enfermagem, por meio dos conteúdos das prescrições e evoluções<sup>(14)</sup>. Os enfermeiros registraram a minorias dos prontuários e alguns prontuários não continham registros da equipe de Enfermagem.

## DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos permitiu concluir, de forma geral, que os registros de Enfermagem devem ser melhorados, pois não estão de acordo com o padrão proposto.

Assim sendo, a equipe de Enfermagem não realizou registros, referentes à assistência, na totalidade dos prontuários, ora os registros eram ausentes ora eram incompletos quanto às documentações legais e assistenciais necessárias.

É responsabilidade profissional de a Enfermagem fazer os registros das informações referentes à saúde, pois além da garantia legal, ele proporciona bases para a continuidade da assistência e verificação do resultado desta. Estes registros também justificam o uso de determinados materiais por explicarem os cuidados desenvolvidos.

As anotações da equipe apresentaram os requisitos da normatização COREN/SP —

DIR/001/2000, porém, a maioria dos registros em prontuários foi efetuada por profissionais de nível técnico, auxiliares e técnicos de Enfermagem.

A identificação, no final do registro de Enfermagem é, na maioria dos prontuários, incorreta ou ausente. Conclui-se que ocorrerá dificuldade de localização do profissional que realizou o registro, quando incompleto, caso seja necessário. O valor legal deste registro é questionável visto que o registro deve ser correto, conter nome completo, profissão e COREN.

Os dados de identificação do paciente estavam incorretos, na maior parte dos prontuários. Vale ressaltar que, a identificação incorreta pode levar a troca de paciente, portanto, às consequências deste fato.

Ocorreram registros efetuados a lápis, registros sujeitos a alterações, portanto, com valor legal e assistencial questionável.

Os débitos analisados eram incompletos, errados ou ausentes na metade dos registros avaliados, o que levou a concluir que perdas financeiras podem ser esperadas.

As enfermeiras não realizaram o SAE em 100% dos prontuários, o que tornou o registro da assistência de Enfermagem descontínuo.

Como os resultados obtidos indicam uma necessidade urgente de intervenção para a melhoria dos registros de Enfermagem na instituição, segue o segundo objetivo deste estudo, gerar medidas de suporte para o Serviço de Educação Continuada. A seguir correlacionam-se essas medidas com base também nos aspectos institucionais que influenciaram os registros.

### PROPOSTAS ELABORADAS

- Divisão de atividades entre os enfermeiros por unidades, dentre elas a auditoria e treinamento, definindo rotinas para estes serviços, com elaboração de relatórios mensais envolvendo deficiências e soluções geradas.
- Reavaliação das fichas de débito, cobrança por kits ou código de barras e implantação de farmácias satélite na UTI, PA, CC e Day e dose unitária na CMC com abastecimento pela farmácia central.
- Treinamento dos enfermeiros, relacionado à SAE: roteiros práticos para levantamento de dados, elaboração de evolução e prescrição de Enfermagem.
- Adequação dos impressos de enfermagem (histórico, prescrição e evolução) de modo a favorecer os registros, ou seja, de preenchimento rápido;
- Implantação de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e avaliação de desempenho periódica.

- Reformulação do papel do escriturário do andar, passando a ocupar o papel burocrático que o enfermeiro realiza hoje, ou seja, a assistência de Enfermagem está prejudicada, pois o enfermeiro permanece parte do seu tempo realizando atividades burocráticas (conferência de materiais, manutenção, cobrança de exames, solicitação de materiais).

- Enfermeiro de cobertura para o noturno e supervisor, evitando que os enfermeiros neste período assumam mais que um setor, o que torna impossível realizar uma assistência de qualidade.

- Elaboração e implantação de um serviço de Auditoria de Educação Continuada que tenha por objetivos: avaliar os registros de Enfermagem diariamente, levantando deficiências e realizando treinamentos, bem como desenvolver indicadores de qualidade dos registros, levantar problemas estruturais e gerar soluções em parcerias com outras áreas.

### CONCLUSÃO

O registro das atividades de Enfermagem é uma necessidade legal, administrativa, ética e assistencial que permite a análise dos dados, a avaliação dos resultados, a manutenção da qualidade do registro e o acompanhamento da assistência.

Os objetivos deste estudo foram contemplados, pois foi possível avaliar os registros de Enfermagem de acordo com requisitos pré-estipulados e elaborar medidas de suporte para a educação continuada. O segundo objetivo foi elaborado com base nos aspectos que influenciaram o relato da assistência, pois, estes fatores produziram consequências importantes nos registros.

O levantamento e análise dos dados demonstraram que os enfermeiros não realizaram registros, na totalidade dos prontuários, indicaram um relato de sistematização da assistência de Enfermagem descontínua ou ausente. As anotações da equipe apresentaram os requisitos da normatização COREN-SP-DIR/001/2000, porém, a maioria dos registros em prontuários foi efetuada por profissionais de nível técnico, auxiliares e técnicos de enfermagem. A identificação, no final do registro de Enfermagem foi, na maioria dos prontuários, incorreta ou ausente. Os dados de identificação do paciente eram incorretos, na maior parte dos prontuários. Ocorreram registros efetuados a lápis, registros sujeitos a alterações, portanto, com valor legal e assistencial questionável e os débitos analisados eram incompletos, errados ou ausentes na metade dos registros avaliados.

As medidas de suporte foram elaboradas por enfermeiras encarregadas dos setores e envolveram situações influenciadas principalmente por questões alheias a assistência e seu registro.

Os resultados permitiram concluir que há uma necessidade de intervenção emergente no âmbito da Enfermagem e nos serviços de apoio.

## REFERÊNCIAS

1. Silva SH, Ortiz DCF, Shimizu HE, Toth M. Auditoria em Enfermagem: implantação e desenvolvimento no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enf. USP* 1990; 24(2):199-209.
2. Motta ALC. Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde. São Paulo: Latria; 2003.
3. Kurcgant P. Administração em Enfermagem. 3ª ed. São Paulo: EPU; 1991. p. 215-22.
4. Araujo MV, Simões C, Silva CL. Auditoria em Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* 1998; 31(4): 466-77.
5. Kront T. Manual de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1994.
6. Brasil, COREN. Decisão DIR/001/2000, que normatiza, no Estado de São Paulo, os princípios gerais para ações que constituem a "Documentação de Enfermagem".
7. Brasil, CREMESP. Resolução nº 70, de 14 de novembro de 1995, que regulamenta a formação de Comissões para a revisão de prontuários.
8. Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B. Auditing nursing content in patient records. *Scand J Caring Sci* 2001; 15(2): 133-41.
9. Björvell C, Werdling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci* 2002; 16:34-42.
10. Bernick L, Richards P. Nursing documentation: a program to promote and sustain improvement. *J. Contin Educ Nurs* 1994; 25 (5):203-8.
11. Dicionário Melhoramentos da Língua Portuguesa. 8ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 1977.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização. São Paulo: Artmed; 2004.
13. Francisco MTR. Auditoria em Enfermagem: padrões, critérios de avaliação e instrumentos. 3ª ed. São Paulo: CEDAS; 1993. p. 48 -51.
14. Cianciarrulo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistematização de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2001.

Recebido: 31/05/2007

Aceito: 02/06/2007

Publicado: 31/07/2007

### Endereço para correspondência

Patrícia Bover Draganov  
Rua Desembargador Paulo Costa, 178 - Mooca  
CEP: 03122-040 — São Paulo/SP - Brasil

**ANEXO 1****IMPRESSO DE AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM**

1) Unidade \_\_\_\_\_ n° de registro \_\_\_\_\_  
 Turno \_\_\_\_\_ Data do registro \_\_\_\_\_  
 Prontuário preenchido por: Enfermeiro ☐ Técnico ☐ Auxiliar ☐

**2) Quanto a Normatização do COREN/SP – DIR/001/2000****2.1) REGISTRO**

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| ( ) presente:   | ( ) ausente      |
| <u>Correto</u>  | <u>Incorreto</u> |
| ( ) claro       | ( ) confuso      |
| ( ) objetiva    | ( ) subjetiva    |
| ( ) preciso     | ( ) impreciso    |
| ( ) legível     | ( ) ilegível     |
| ( ) sem rasuras | ( ) com rasuras  |

**2.2) IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR NA ANOTAÇÃO E CHECAGEM**

( ) completo ( ) incompleto ( ) ausente

**2.3) PREENCHIMENTO DO IMPRESSO: CABEÇALHO**

( ) Devidamente identificado ( ) Indevidamente identificado

**2.4) PREENCHIMENTO**

( ) caneta ( ) lápis

**3) Quanto aos requisitos da Instituição em estudo****3.1) DÉBITO**

( ) correto ( ) incorreto ( ) ausente

**3.2) SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)**

|            | Presente | Ausente | Observações |
|------------|----------|---------|-------------|
| Histórico  |          |         |             |
| Prescrição |          |         |             |
| Evolução   |          |         |             |

**3.3) CONTINUIDADE DOS REGISTROS DE ASSISTÊNCIA**

( ) contínuo ( ) descontínuo

**4) Observações**

NA = não se aplica

5) Auditor \_\_\_\_\_ Data da auditoria \_\_\_\_\_

**ANEXO 2****CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE REGISTROS****1. IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO****1.1 Setor**

Local de origem do registro do paciente que pode ser: clínica médico-cirúrgica adulto ou pediátrica, unidade de terapia intensiva adulto ou pediátrica, pronto-atendimento, centro-cirúrgico e hospital-dia.

**1.2 Número do registro**

Numeração que possibilita que o prontuário seja localizado junto ao SAME se for necessário.

**1.3 Turno**

Horário que o registro foi preenchido podendo ser: manhã, tarde, noite A ou B.

**1.4 Data**

Data do registro auditado

**1.5 Preenchido por**

Espaço para sinalizar qual (is) categoria (as) profissional (is) preencheu o registro, podendo ser: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

**2. NORMATIZAÇÃO COREN-SP DR/001/2000****2.1 Registro**

| Conceito | Significado        |
|----------|--------------------|
| Presente | Se há registro     |
| Ausente  | Se não há registro |

| Conceito  | Significado                                                          |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| Correta   | Claro, objetivo, preciso, legível e sem rasuras                      |
| Incorreta | Confuso e/ou subjetivo e/ou impreciso e/ou ilegível e/ou com rasuras |

**2.2 Identificação do autor**

| Conceito  | Significado                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------|
| Correto   | Nome, COREN e carimbo                                    |
| Incorreto | Sem nome o nome ilegível e/ou sem COREN e/ou sem carimbo |

**2.3 Impresso**

| Conceito                   | Significado                                                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Devidamente identificado   | Dados do cliente complementado com data e hora                    |
| Indevidamente identificado | Dados ausentes ou incompletos e/ou data ausente e/ou hora ausente |

**2.4 Preenchimento**

| Conceito  | Significado |
|-----------|-------------|
| Correta   | Caneta      |
| Incorreta | Lápis       |

**3. REQUISITOS DA INSTITUIÇÃO****3.1 Débito**

| Conceito  | Significado                   |
|-----------|-------------------------------|
| Correta   | Completo                      |
| Incorreta | Incompleto, errado ou ausente |

**3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

| Etapas     | Conceito | Significado                                                                               |
|------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Histórico  | Completo | Levantamento de dados para a enfermagem visando à elaboração da prescrição de enfermagem. |
| Prescrição | Completo | Apresenta as ações de Enfermagem para todos os problemas identificados, com apazamento.   |
| Evolução   | Completo | Avaliação diária da resposta do paciente à conduta terapêutica.                           |

**3.3 Continuidade dos registros de assistência, quanto às etapas da SAE**

| Conceito    | Significado                                                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contínuo    | A Sistematização da Assistência de Enfermagem apresenta todas as etapas implementadas.               |
| Descontínuo | A Sistematização da Assistência de Enfermagem não apresenta todas as etapas utilizadas ou é ausente. |