

Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria¹

Characteristics of notes about nursery found in audit

Características de las anotaciones de enfermería encontradas en auditoría

Alessandra da Luz^I, Andreia Pereira Martins^{II}, Ana Maria Dyniewicz^{III}

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar a qualidade dos registros de enfermagem em contas hospitalares. A pesquisa foi realizada em três unidades de internamento de planos de saúde privados, em um hospital universitário de Curitiba, entre agosto e novembro de 2005. Os dados foram recolhidos de anotações de enfermagem, em 144 prontuários, por meio de um check-list, elaborado de acordo com a literatura e legislação. Os principais problemas encontrados foram: as anotações são realizadas por turno e não por horário; há rasuras nas escritas; espaços em branco ao longo do impresso; falta de carimbo e de assinatura. Há prontuários em que a checagem de prescrições não ocorre ou é realizada de forma incorreta; há, também, anotação incompleta de sinais vitais. De um modo geral as anotações são compreensíveis, embora a letra seja pouco legível; utilizam-se siglas padronizadas e termos técnicos. A partir dos problemas identificados sugere-se mais intensificação de educação continuada sobre registros de enfermagem e novos estudos que identifiquem os valores econômicos perdidos, por glosas em contas hospitalares.

Palavras chave: Auditoria de Enfermagem; Controle de formulários e registros; Prontuários.

SUMMARY

The objective of the research was to identify the quality of the registers of nursery in hospitals bills, in three units of admission of private health plans, in a university hospital, between august and november of 2005. The data was collected from nurse notes in 144 promptuaries, through a check list, elaborated according to the literature and legislation. The major problems found are: notes made for shift and not for schedule; erasures and blank spares on the paper, the lack of stamp and signature. There were situations that the checking of the

prescriptions weren't made or they or they were done in na incorrect way. There were also incomplete notes of vital signs. Generally speaking, the notes were understanding, although the handwriting sometimes was not so legible. They used standard acronyms and technical terms. From the identified problems on it is suggested more intensification of the continued education about registers of the nursery and new studies that indentify the lost economic values, for gloss in hospital bills.

Key words: Nursing Audit; Forms and records control; Medical Records.

RESUMEN

El objetivo de la pesquisa fue identificar la calidad de registros de enfermería en cuentas hospitalarias, en tres Unidades de internamiento de planos de salud privados, en hospital universitario de Curitiba, entre agosto y noviembre de 2005. Los datos se obtuvieron al observar anotaciones de enfermería en 144 prontuarios, por medio de un check-list, elaborado de acuerdo con la literatura y legislación. Las principales anormalidades encontradas fueron: anotaciones realizadas por turno y no por horario; borrones, tachaduras y espacios en blanco a lo largo del impreso; falta de sello y firma. Se presentaron situaciones en que el chequeo de prescripciones no se hizo o fue realizado de forma incorrecta, también anotaciones incompletas de señales vitales. De modo general las anotaciones fueron comprensibles, aunque la letra a veces sea poco legible; se utilizaron siglas estandarizadas y términos técnicos. A partir de los problemas

¹ Excerto de monografia de curso de graduação - Faculdade Evangélica do Paraná

^I Enfermeira. Graduada pela Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba - Paraná

^{II} Enfermeira. Graduada pela Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba - Paraná

^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Curitiba Paraná. E-mail: anadyni@yahoo.com.br

identificados se sugiere más intensificación de educación continuada sobre registros de enfermería y nuevos estudios que identifiquen los valores económicos perdidos, por glosas en cuentas hospitalarias.

Palabras clave: Auditoria de Enfermería; Control de impresos y registros; Prontuarios.

INTRODUÇÃO

As questões que norteiam a prática profissional de enfermagem, relacionadas às anotações ou registros, têm paulatinamente ampliado espaço de interesse, por meio de auditoria, cuja origem do Latim *Audire* significa ouvir, mas o termo melhor representado pela língua inglesa, *Audit*, significa examinar, corrigir, certificar. Sendo assim, essa é uma especialização da contabilidade que pode ser utilizada por outras profissões e tem por função avaliar a eficiência e a eficácia de serviços, bem como o controle do patrimônio (1-2).

Em retrospectiva histórica sobre auditoria encontra-se que os primeiros registros hospitalares foram encontrados no Antigo Egito, isso comprova que os prontuários existem há cerca de dois mil anos (2). Na Grécia Antiga encontraram-se traços de prontuários de hoje, mas foi Hipócrates quem fez os primeiros registros sobre as doenças de seus pacientes no ano de 460 antes de Cristo. Efetivamente só em 1137, no Hospital São Bartolomeu de Londres encontraram-se documentações de pacientes (3).

Em 1580, na Itália, Camilo de Lellis passou a exigir que, dentre os documentos dos pacientes, constasse a prescrição médica individual, prescrição alimentar, passagem de plantão e relatórios de enfermagem em cada plantão. Em 1877, o Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos, começou a

arquivar os documentos clínicos, organizando assim o Serviço de Arquivo Médico e Estatística e, em 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo Médico. No ano de 1952, no Brasil, foi criada a Lei Alípio Correia Neto na qual, era dever dos hospitais filantrópicos a documentação das histórias clínicas completas de todos os pacientes. No Brasil foi fundada em 18 de julho de 1966 a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico (3).

No entanto, é difícil precisar quando se deu início à auditoria, pois toda pessoa que verificava financeiramente os registros, e tinha dever de prestar contas a um superior era considerado um auditor. Os imperadores romanos, por exemplo, encarregavam auditores de supervisionar as finanças de suas províncias (2).

Oficialmente a auditoria teve origem na Inglaterra, quando esta dominava os mares e o comércio, criando o cargo de auditor do tesouro inglês, em 1314. Em 1559, a Rainha Elizabeth I estabeleceu a auditoria dos pagamentos a servidores públicos (1).

A auditoria no Brasil surgiu com a vinda de empresas internacionais e com o crescimento das nacionais, ou seja, a partir da evolução dos mercados capitais. Porém, só foi oficializada em 1968, através do Banco Central do Brasil (1).

Em saúde, a auditoria tem ampliado seu campo de atuação para a análise da assistência prestada, tendo em vista a qualidade e seus

envolvidos, que são paciente, hospital e operadora de saúde, conferindo os procedimentos executados com os valores cobrados, para garantir um pagamento justo. Essa análise envolve aspectos quantitativos e qualitativos da assistência, ou seja avaliação da eficácia e eficiência do processo de atenção à saúde ⁽⁴⁾.

Nesse campo de atuação destaca-se a auditoria em contas hospitalares, realizadas em prontuários, considerado processo necessário para a qualidade do serviço, além de reduzir desperdício de materiais e de medicamentos. Afinal, todos os procedimentos geram custos e o meio mais seguro para se comprovar e receber o valor gasto da assistência prestada, evitando glosas, é o registro, principalmente em se tratando de um convênio do hospital com operadoras de saúde ⁽⁵⁾.

Em enfermagem, auditoria pressupõe avaliação e revisão detalhada de registros clínicos selecionados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência. Sendo, portanto, uma atividade dedicada à eficácia de serviços, que utiliza como instrumentos o controle e a análise de registros. Atualmente, o conceito mais ampliado de auditoria refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, através do prontuário em geral, principalmente das anotações, tendo em vista a qualidade da assistência prestada ⁽²⁾. Inclui ainda, a condição de diminuir custos, conciliando a qualidade do cuidado prestado com a sustentabilidade financeira da instituição de saúde ⁽⁶⁾.

Em síntese, as atuais funções em auditoria são ⁽⁷⁾:

- fiscalizar se um serviço está sendo realizado corretamente;
- verificar o que é para ser feito, o que está sendo feito e a qualidade dessas ações;
- analisar sistematicamente documentos, objeto de informação, observando e registrando as falhas que possam levar a uma compreensão errônea aos leitores do registro;
- verificar se as normas institucionais e/ou legais estão sendo seguidas;
- levantar fatos ou evidências objetivas que permitam avaliar o estado de conformidade e adequação do sistema da qualidade da informação escrita com procedimentos, instruções, códigos e normas estabelecidas e outros requisitos contratuais, e para monitorar a efetividade da implementação dessas informações.

Com essas considerações enfatiza-se que em Enfermagem, a auditoria passou da análise de registros, como instrumento administrativo para a avaliação do cuidado, por comparação entre a assistência prestada e as normas institucionais, para aquela de identificar pontos fracos dos serviços, garantindo o direito do paciente em receber cuidado digno, além de não perder a visão econômica dos serviços prestados ⁽⁸⁾.

Contudo, há contínuos problemas de glosas de contas médicas por operadoras de saúde, em convênios com instituições de saúde, as quais exigem que as contas estejam preenchidas corretamente, com registros claros e objetivos no prontuário tanto da evolução médica quanto da anotação de enfermagem,

constando todas as condutas e procedimentos realizados para a garantia de pagamento ⁽⁹⁾.

Cabe, então, ao enfermeiro auditor avaliar as glosas, em sua maioria por falta de anotação e até mesmo justificativa de medicamentos administrados e materiais utilizados, pois falhas nos registros de enfermagem têm acarretado perdas econômicas para as instituições ⁽¹⁰⁾.

“Tais falhas são verificadas no prontuário ou conta médica, que é o conjunto de documentos escritos, relativos à determinada pessoa ou fato” ⁽³⁾. Esse documento possui grande valor e deve conter anotações dos diversos membros da equipe multidisciplinar, tornando-se comprovante de ações acerca do atendimento realizado durante o período de internação do paciente ⁽¹¹⁾.

Em relação à equipe de enfermagem, a legislação prevê que é dever da equipe de enfermagem manter uma anotação de forma perfeita, bem como organizar os documentos referentes ao paciente em relação à enfermagem ⁽¹²⁾. A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu Art. 14, ressalta a incumbência a todo pessoal de enfermagem da necessidade de anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem ⁽⁵⁾.

Devido a essas razões as anotações devem seguir uma normativa, levando em consideração seus aspectos legais e éticos, pois o registro em prontuário faz parte das obrigações legais da enfermagem, devendo qualquer erro ser corrigido de acordo com as normas da instituição, pois esses registros podem servir como facilitadores e determinantes em casos judiciais.

De acordo com a Resolução do COFEN-191/96 ⁽¹³⁾, para a execução da anotação de enfermagem é necessária a atenção para alguns detalhes, tais como: verificar cabeçalho do impresso; deve ser feita em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada durante este; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia; deve seguir uma seqüência cefalocaudal; quando tiver erros utilizar os termos “digo”, “correção” e nunca corretores ortográficos; utilizar apenas siglas padronizadas e ao final de cada anotação deve conter carimbo, assinatura e número do COREN do profissional que a realizou.

Diante do exposto, da experiência das autoras com relação a temática e ainda da importância de se cuidar da qualidade das anotações de enfermagem, especialmente em instituições em que há o envolvimento de alunos de Cursos de Graduação em Enfermagem durante os estágios curriculares, levantou-se um questionamento: Quais as características das anotações de enfermagem, tendo como referências as normativas de um hospital universitário?

Desta forma, os objetivos desta pesquisa foram identificar e categorizar as falhas nos registros de enfermagem, de acordo com as normas estabelecidas pelo serviço de enfermagem; analisar as possíveis glosas em contas hospitalares em unidades de convênios de um hospital universitário.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, descritivo e exploratório, cuja característica é evidenciar fenômenos utilizando técnicas padronizadas de coletas de dados e indo além da identificação, buscando de forma exploratória uma explicação para os fenômenos.

A pesquisa foi realizada em três unidades de convênios com planos de saúde privados de um hospital universitário no município de Curitiba-PR. A unidade de Convênios I, nomeada neste estudo de Unidade 1, é dividida em ala feminina e masculina, composta de trinta e sete leitos, sendo quatro apartamentos, quatro enfermarias triplas e os demais leitos de enfermarias duplas. A equipe é composta por seis enfermeiras, sendo duas no turno da manhã, duas no turno da tarde e uma em cada noite; vinte e oito auxiliares de enfermagem, divididos nos quatro turnos e uma auxiliar administrativa durante o dia.

A unidade de Convênios II, nomeada neste estudo de Unidade 2, é composta de vinte e nove leitos, sendo três apartamentos e os demais leitos de enfermarias duplas. A equipe é composta de quatro enfermeiras, uma pela manhã, uma pela tarde e uma em cada noite; vinte e três auxiliares de enfermagem divididos nos quatro turnos; um auxiliar administrativo e um auxiliar de faturamento durante o dia.

Na Unidade 3 internam pacientes de convênios e particulares, com trinta e três leitos, sendo três enfermarias duplas e vinte e sete apartamentos. A equipe é composta por quatro enfermeiras, uma pela manhã, uma pela tarde e uma em cada noite; vinte e oito auxiliares de enfermagem divididos nos quatro

turnos; um auxiliar administrativo e um auxiliar de faturamento.

Foi elaborado um instrumento em forma de check-list, de acordo com a literatura, a legislação vigente e as normas para registros de enfermagem da instituição pesquisada, para a identificação das características das anotações de enfermagem nos prontuários. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Evangélica do Paraná, sob número 2984/05.

Foram analisados 144 prontuários divididos entre as três unidades, nomeadas de Unidade 1, Unidade 2 e Unidade 3, sendo 48 em cada uma, no período de agosto, setembro e outubro de 2005. Foram analisadas anotações de prontuários de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, internados há mais de dez dias e escolhidos de forma aleatória, somando-se 432 anotações.

Os dados obtidos da aplicação do instrumento foram inseridos em planilhas do programa Excel e submetido a tratamento estatístico em categorias: Aspectos legais das anotações, Checagem de anotação e Características técnicas de anotações.

RESULTADOS

Os resultados foram divididos em três categorias:

- Aspectos legais: considerou-se a existência de etiqueta, utilização de caneta azul ou vermelha de acordo com o turno, anotações de horário, a existência de pelo menos uma anotação por turno, sem rasuras, utilização de corretor ortográfico, letra legível, utilização de toda a extensão do impresso para realizar a anotação,

nome legível, categoria profissional, número do COREN, carimbo, assinatura.

- Aspectos de checagem: consideraram-se horários checados ou circulados e justificados; checagem e anotação de hemoderivados; sinais vitais, tipo de aprazamento prescrito; checagem e anotação de dietas; colchão de ar checado e anotado; oxigênio checado; curativo checado e anotado; punção venosa checada e anotada; sondagem checada e anotada; checagem e anotação da utilização de equipamentos; intercorrências com os pacientes.
- Características técnicas: referiu-se aos aspectos de compreensão considerando padrão cefalocaudal, anotações compreensíveis, utilização de termos técnicos e siglas padronizadas na instituição.

Aspectos legais das anotações

Os resultados de análises das 432 anotações mostraram que as três unidades pesquisadas identificaram as folhas de prescrição do prontuário com etiqueta do paciente que contém nome completo, data de nascimento, dia de internamento, médico responsável e plano de saúde.

A etiqueta é importante como certificação de propriedade do prontuário, evitando que documentos sejam extraviados e causem problemas de dados e informações com destinação errada.

Nos períodos da tarde e da noite houve grande ocorrência de anotações sem horário, sendo colocado no seu lugar o turno, fato que

não deve acontecer, pois a cronologia de acontecimentos com o paciente é fundamental para a continuidade dos cuidados e previsibilidade de possíveis intercorrências.

Nos dados sobre pelo menos uma anotação por turno nas três Unidades, encontrou-se apenas um caso, na Unidade 2, em que não houve anotação de enfermagem no turno da tarde. Nas demais havia pelo menos uma anotação por turno, o que é considerado pouco. Condensando os acontecimentos em uma anotação poderá haver omissão de situações importantes para a evolução clínica do paciente. Ideal seria que fossem sequenciais e com horários correspondentes aos fatos ocorridos.

Em maior ou menor número, em todas as Unidades estudadas, ocorreram situações de uso indevido para correções de erros nas anotações. O mais comum foi riscar a anotação errada escrevendo sobre ela. Além de implicações legais, há aquelas que requerem daquele que lê o prontuário a capacidade de tentar compreender o que foi re-escrito.

Houve dois casos de uso de corretor na Unidade 3, no turno da manhã. Tal fato não deveria ocorrer, pois poderá acarretar problemas legais.

Ainda, na categoria aspectos legais foram identificadas as características da escrita e identificação dos profissionais ao final das anotações. O Gráfico 1 apresenta a qualidade de letra nas anotações, que deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia.

Gráfico 1: Identificação da letra legível nas anotações enfermagem na Unidade 1, nos três turnos de trabalho. Curitiba, 2005.

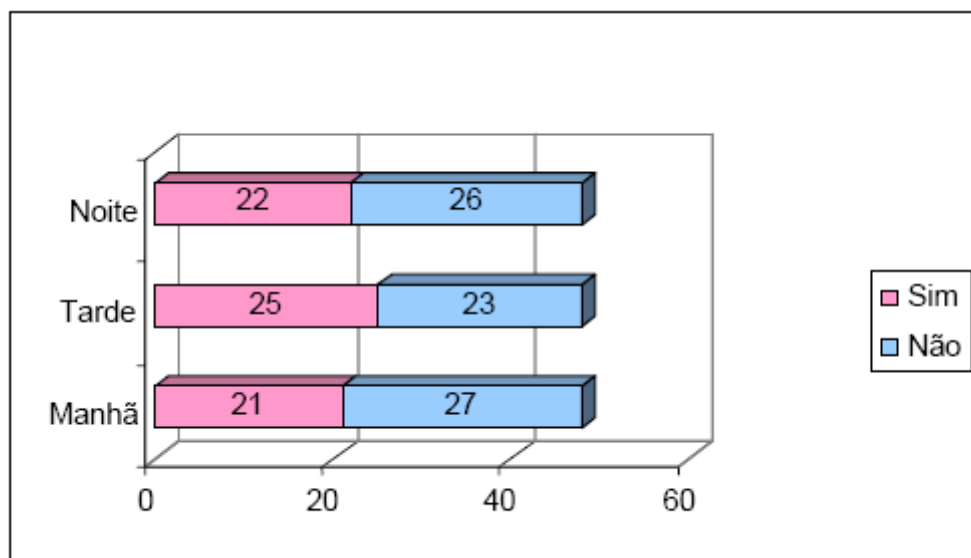


Gráfico 2: Identificação da letra legível nas anotações enfermagem na Unidade 2, nos três turnos de trabalho. Curitiba, 2005.

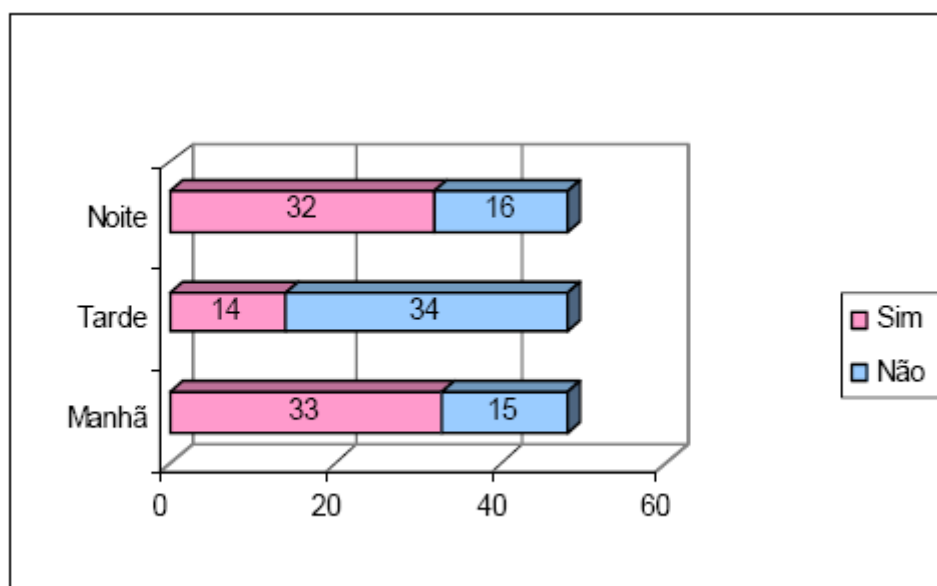
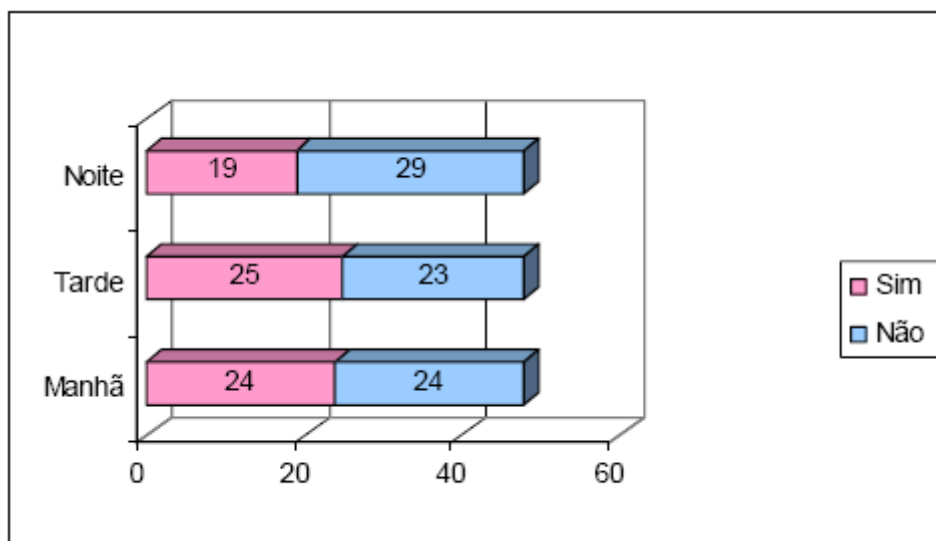


Gráfico 3: Identificação da letra legível nas anotações enfermagem na Unidade 3, nos três turnos de trabalho. Curitiba, 2005.



A letra é um aspecto importante nas anotações de enfermagem, pois esse fator incorre tanto no aspecto legal quanto na auditoria em saúde. Observa-se que na Unidade 1 e Unidade 3 aproximam-se de 50% as anotações ilegíveis, já na Unidade 2, no período da tarde soma-se 70% e 33% nos períodos da manhã e noite.

A respeito da utilização de toda a extensão do impresso, para realizar anotações, os dados mostraram que, dentre as 432

anotações analisadas, a Unidade 1 continha 99 anotações com espaços, na Unidade 2 somaram-se 107 e na Unidade 3 somaram-se 93. Verificou-se, então, que em 69% dos prontuários não foi utilizada toda a extensão do impresso para se realizar as anotações de enfermagem.

Gráfico 4: Identificação de dados referentes a nome legível, categoria profissional, número do COREN, carimbo e assinatura na Unidade 1. Curitiba, 2005.

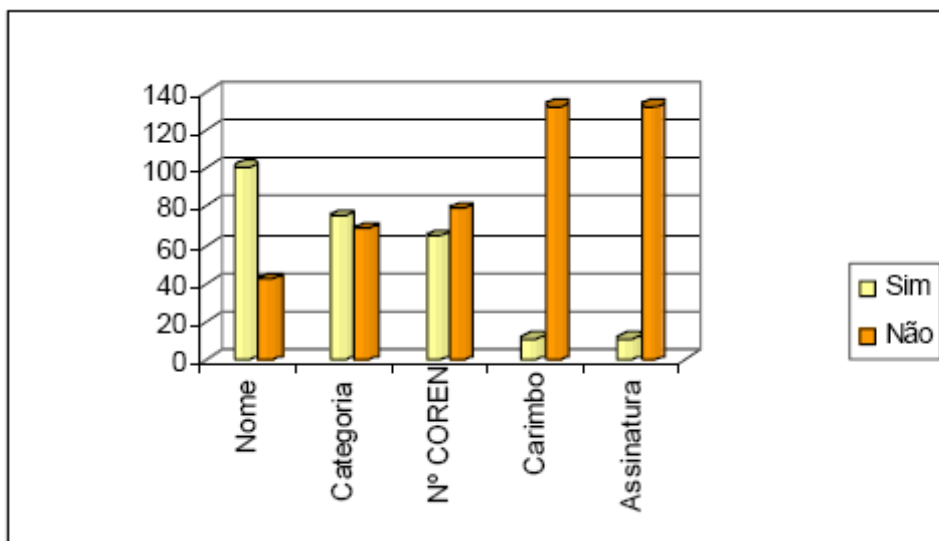


Gráfico 5: Identificação de dados referentes a nome legível, categoria profissional, número do COREN, carimbo e assinatura na Unidade 2. Curitiba, 2005.

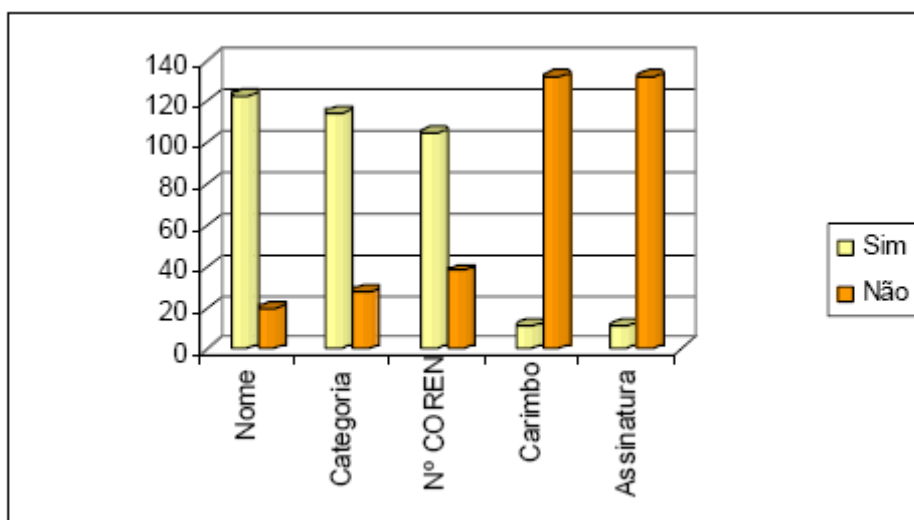
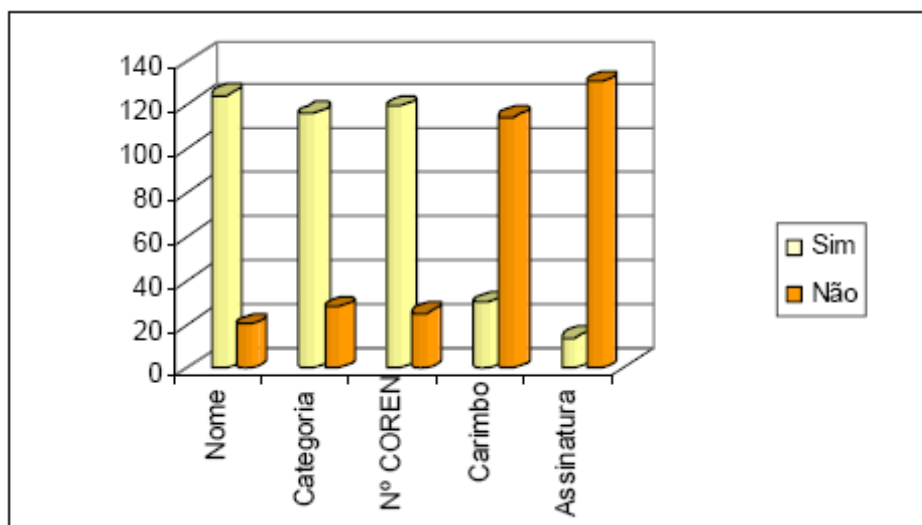


Gráfico 6: Identificação de dados referentes a nome legível, categoria profissional, número do COREN, carimbo e assinatura na Unidade 3. Curitiba, 2005.



Nos gráficos acima se observa que a Unidade 1 tem os menores percentuais para o uso correto de anotações, com nome, categoria profissional e número do COREN. Os dados não diferem nas três unidades quanto a carimbo e assinatura. Infere-se aqui a diferença nas rotinas das Unidades mostrando que talvez a falta de padronização das anotações incorra na possibilidade de que cada serviço estabeleça padrões de escrita de anotação.

O Conselho Federal de Enfermagem ⁽¹³⁾ – COFEN – em sua Resolução 191/96 determina que a equipe de enfermagem deve identificar-se após cada registro utilizando nome, categoria e número do registro no COREN, presentes no carimbo do profissional. Porém, nas anotações observadas, falta o hábito do uso do carimbo e assinatura.

Foram observados, ainda, nomes ilegíveis ou apenas um apelido, também anotação sem nome, o que impede de se identificar quem a realizou.

Checagem das anotações

Primeiramente ressalta-se que a checagem garante se um medicamento foi administrado ou procedimento foi realizado, mas para isso deve ser feita de maneira correta, ou seja, com um traço na diagonal sobre o horário na cor vermelha nos turnos da manhã e da tarde e na cor azul no turno da noite. Em caso de soluções, deve-se colocar o horário e o volume infundido. Quando não realizados, os horários devem ser circulados e justificados, tal como estabelecem as normas da instituição pesquisada ⁽¹⁴⁾.

De um modo geral os dados obtidos na pesquisa mostraram que as checagens em prescrições estão corretas nas unidades 1 e 2, no entanto, no turno da manhã nas três unidades, a maioria dos horários encontravam-se sem checar. Constatou-se, ainda, que no período de 01 de setembro a 01 de outubro de 2005, 36 contas hospitalares foram analisadas e receberam 21 glosas parciais de auditores, decorrentes de erros da enfermagem. Esse não

é o total de contas no período, apenas 28% do total.

Tomou-se como base de análise dessas glosas a norma da instituição pesquisada e aquelas aceitas em auditoria pelos planos de saúde. Parece ser possível afirmar que o maior problema de checagem ocorre pela manhã, porque segundo a rotina das unidades há troca de prescrição, sendo que estas serão anexadas ao prontuário, para serem avaliadas pelos médicos. Ocorre que antes de serem anexadas dever-se-ia verificar as prescrições para que procedimentos executados ou não, tenham sido checados e, ou anotados.

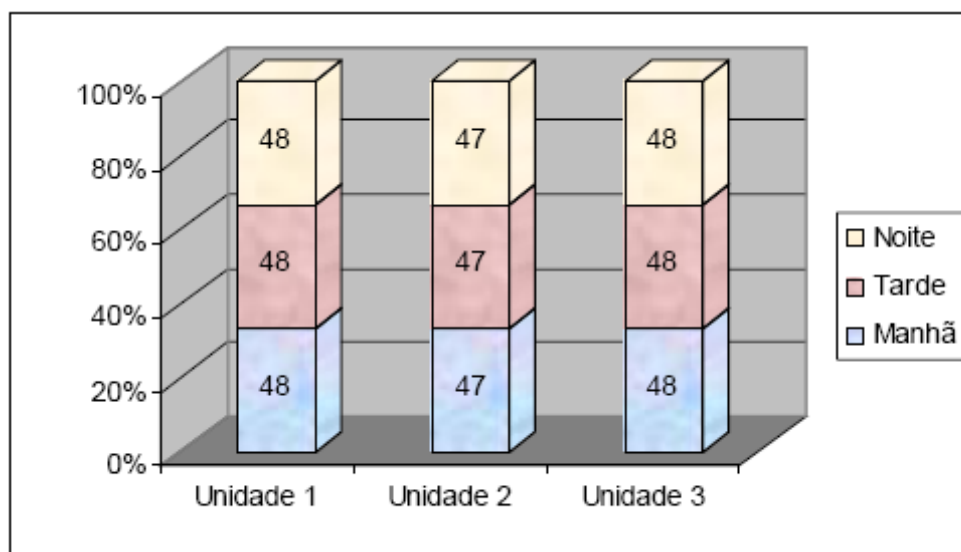
Sobre horários circulados nas prescrições, dos 144 prontuários analisados apenas na Unidade 1, nos turnos da tarde e da noite, não estavam justificados. Fato que não deveria acontecer, pois, se um medicamento foi preparado, mas não foi possível ser administrado, deveria haver uma anotação de enfermagem.

Observou-se que as situações mais comuns para circular medicamentos prescritos foram: falta na farmácia, paciente ter relatado alergia ao medicamento ou não aceitar a terapia medicamentosa.

Reconhecidamente sabe-se que não se deve utilizar o termo paciente ou cliente nas anotações, tendo em vista que é um documento individual do paciente, as anotações realizadas devem se referir exclusivamente a ele, tal como padronizado pela instituição ⁽¹⁴⁾. No entanto, nos 144 prontuários analisados há maior incidência desses termos no turno da noite. Tal fato talvez ocorra por ser um grupo de funcionários antigos da instituição que têm por hábito usar o termo paciente.

A anotação dos sinais vitais deve ser realizada no impresso, pois são parâmetros que demonstram o estado geral do paciente. Em caso de ausência se desconhece se houve, por exemplo, uma alteração na pressão arterial ou uma hipertermia. Esses dados só não foram encontrados em um caso na Unidade 2, nos três turnos.

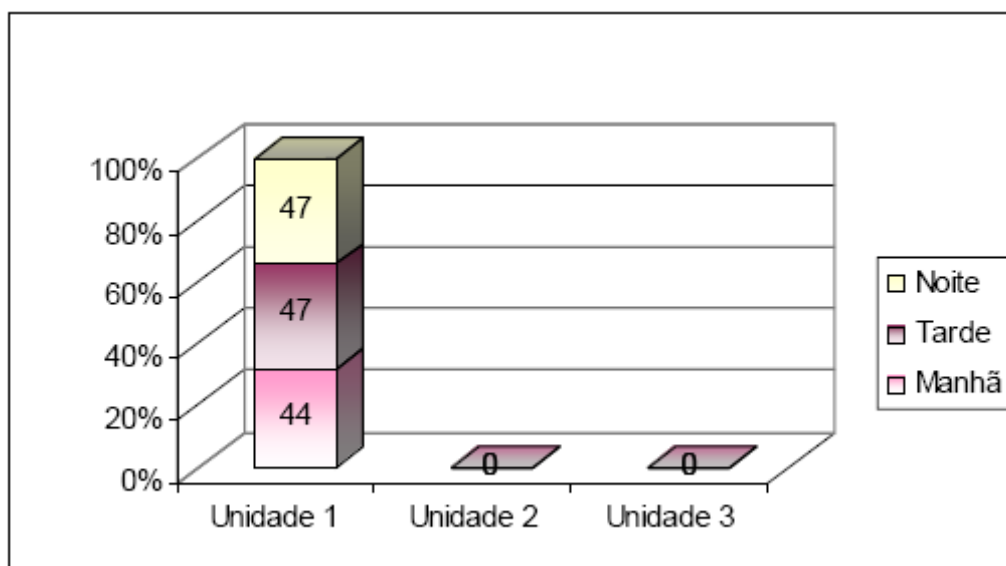
Gráfico 7: Registro de verificação dos sinais vitais em relação ao aprazamento prescrito nas três Unidades. Curitiba, 2005.



Como mostram os gráficos acima, nas três unidades os auxiliares de enfermagem seguem o aprazamento prescrito para aferir os

sinais vitais. Apenas na Unidade 2, em um caso, não foi possível verificar este dado, pois não havia sido registrado nos três turnos.

Gráfico 8: Registro dos parâmetros de sinais vitais nas Unidades. Curitiba, 2005.



Como mostra o Gráfico 8 apenas na Unidade 1 foi observada a anotação de todos os parâmetros dos sinais vitais, ou seja, pulso, temperatura, pressão arterial e respiração, as

demais Unidades aferem apenas pressão arterial e temperatura.

Outro dado analisado foi a checagem e anotação de dieta nos prontuários. Nas

Unidades 1 e 2 o número de dietas anotadas é maior que as checadas, em especial para dieta enteral. Na unidade 3 as dietas são anotadas e checadas corretamente. Para fins de auditoria é importante, para evitar glosas, que as dietas sejam anotadas e checadas.

Com relação à utilização de colchão de ar não foi observado o hábito do registro. Foram encontrados apenas três casos de anotação de enfermagem do uso de colchão de ar, sendo duas na Unidade 2 e uma na Unidade 3.

Considerando que o auditor das operadoras de contas hospitalares paga as diárias de uso de colchão de ar, cada vez que não há checagem e anotação de uso, há glosas nas contas. Sendo assim, as unidades pesquisadas provavelmente não estão recebendo pelos procedimentos de uso do colchão de ar.

Nesta linha de análise, a oxigênio-terapia é considerada como procedimento em auditoria quando prescrita diariamente e registrada com exatidão o horário de início e de término, sendo a checagem obrigatória, tal como estabelecem as normas da instituição estudada⁽¹⁴⁾. A Unidade 1 não tem como rotina checar a utilização de oxigênio; nas demais Unidades houve falha maior no turno da noite.

Sobre a troca dos curativos considerou-se, como prevê as normas da instituição, que deve ocorrer de acordo com a prescrição, realizando a seguir a evolução de enfermagem e sua respectiva checagem. Deve constar, também, na anotação, a evolução do tratamento da ferida tal como preconizado na instituição⁽¹⁴⁾.

Na Unidade 1 houve um total de quinze curativos prescritos no turno da manhã, sete no turno da tarde e três no turno da noite,

sendo que menos da metade estavam checados. Na Unidade 2 houve um total de dezenove curativos prescritos no turno da manhã, treze no turno da tarde e onze no turno da noite, dentre o total observou-se falhas de checagem. Na Unidade 3 houve um total de onze curativos prescritos no turno da manhã, sete no turno da tarde e oito no turno da noite, ocorrendo às mesmas falhas que nas outras unidades. Os curativos não checados e anotados poderão não receber pagamento das operadoras de planos de saúde.

A troca de acesso venoso deve ser justificada em anotação de enfermagem. Intercorrências que antecipem a troca devem ser relatadas, como também o número de tentativas de punção. Além do cateter, os convênios pagam o material para a sua fixação. Além de anotadas, as punções venosas devem ser prescritas pelo Enfermeiro e checadas por quem as realizou.

Houve um total de nove anotações de punções na Unidade 1, dezessete na Unidade 2 e quatorze na Unidade 3, porém não foram justificadas, o que pode acarretar em não pagamento por planos de saúde. Em análise de 36 prontuários auditados 21 foram glosados nas unidades pesquisadas por esse motivo.

Para a passagem de sonda é considerada a descrição, além da checagem conforme normas padronizadas⁽¹⁴⁾. No total de anotações de sondagens houve checagens sem as devidas anotações.

A anotação de enfermagem deve relatar o estado geral do paciente, bem como as eliminações fisiológicas e as intercorrências que venham a acontecer no período⁽¹⁸⁾. A maioria das anotações analisadas contemplou esses aspectos.

Características técnicas das anotações

As anotações de enfermagem devem seguir um padrão cefalocaudal. Esse fato torna os registros mais claros, sem “idas” e “voltas” nas anotações ⁽⁵⁾. Os dados analisados mostram que na rotina de enfermagem as anotações seguem esse padrão.

As anotações devem ser claras e objetivas, proporcionando o entendimento do que ocorreu com o paciente no período, por qualquer pessoa que as leiam. As anotações analisadas na maioria estavam compreensíveis, o que dificultou um pouco sua leitura fora as letras ilegíveis.

É dever da equipe de enfermagem anotar no prontuário todas as atividades desenvolvidas durante a assistência. Essas devem utilizar termos técnicos e siglas padronizadas para poderem ser interpretadas corretamente, sem duplicidade de informações ⁽⁵⁾. De um modo geral os funcionários utilizam esses padrões em suas anotações.

DISCUSSÃO

Em primeira análise reforça-se a importância de anotar tudo o que foi realizado com o paciente, bem como o porquê dos procedimentos. Caso não tenha sido executado, deve-se justificar o motivo, pois essas anotações resultam em segurança tanto do profissional quanto do cliente, devendo ser confiáveis e de fácil interpretação.

Contudo os dados da pesquisa mostraram grande ocorrência de anotações realizadas provavelmente no final do turno de trabalho e não ao longo dele. Esse sem dúvida é um problema, pois quando não há registro de enfermagem suas ações não são consideradas,

parecendo que não foram realizadas e como conseqüência disso, o trabalho não é valorizado. Portanto, quanto mais e melhor a equipe de enfermagem registrar suas ações, mais estará valorizando o seu trabalho, além de favorecer a continuidade da atenção ao paciente ⁽¹⁵⁾.

Destacam-se na categoria aspectos legais das anotações as seguintes situações:

- uso indevido para correções de erros nas anotações;
- anotações ilegíveis;
- espaços em branco nas anotações;
- anotações incompletas em nome legível, categoria profissional, número do COREN, carimbo e assinatura.

Nesses aspectos reforça-se que as anotações em prontuários devem ser completas e claras, devendo-se corrigir os erros utilizando os termos “digo” ou “correção”, e a seguir, escrever o correto, para depois continuar o registro ⁽⁵⁾. Especificamente as rasuras têm implicações legais, pois o prontuário é um documento e as anotações podem ser requisitos de defesa no ponto de vista jurídico.

Destaca-se que houve caso em que os espaços em branco foram completados com anotações de outra pessoa, o que pode ter mudado completamente o enfoque da anotação realizada anteriormente, implicando em aspecto legal, ou seja, podem ser requisitos para a defesa dos profissionais e da instituição no ponto de vista jurídico. Por esse motivo, a anotação deve ser criteriosa e não gerar dúvidas ⁽¹⁴⁾.

Em estudo sobre fatores que interferem na comunicação dos enfermeiros durante a passagem de plantão, bem como as conseqüências da falta de comunicação em hospitais públicos e privados, foram identificados problemas semelhantes aos encontrados nessa pesquisa, tais como: falta de clareza nas anotações, simplificações de informações, as quais geram problemas tanto de ordem administrativa como assistencial, bem como ineficiência da continuidade do cuidado prestado ⁽¹⁶⁾.

Considerando-se as dificuldades financeiras das instituições de saúde, glosas em contas hospitalares tem sido mais agravado dessa situação. Sendo assim, procedimentos necessitam ser checados devidamente para evitar o não pagamento pelos convênios.

Em estudo retrospectivo, para investigar os fatores intervenientes nas glosas ocorridas em um hospital de ensino, foram encontrados 17.324 itens glosados nos 85 recursos de glosas analisados, sendo que 99,6% dos recursos embasados em anotações e, ou checagem de enfermagem. Os autores afirmam que a prática de anotação de enfermagem é de extrema importância para a instituição uma vez que a partir dela foi possível reaver cerca de 87,7% do custo total glosado, pelos de planos de saúde ⁽¹⁷⁾.

Outro item investigado neste estudo foi a mensuração dos sinais vitais. Os resultados mostraram o hábito de verificar pressão arterial e temperatura corporal, sem verificação de pulso e de respiração. No entanto, é fato que são mensurações importantes para se avaliar a função corporal e as suas respostas ao tratamento, devendo compreender para isto todos os parâmetros

que são: temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão arterial.

Na instituição pesquisada, alguns procedimentos ainda não foram incorporados nas rotinas de anotações, como:

- a troca dos curativos deve ocorrer de acordo com a prescrição, ou seja checagem seguida da evolução de enfermagem;
- a anotação de uso de colchão de ar;
- a anotação de oxigenoterapia;
- a descrição de passagem de sonda;
- a checagem e justificativa de punção e, ou troca de acesso venoso; intercorrências e tentativas da punção. Talvez seja possível inferir que tais fatos ocorrem, pois nas unidades pesquisadas há anotações por turnos e não ao longo dele, o que pode levar ao esquecimento de anotações de informações relevantes.

A importância da qualidade das anotações de enfermagem tem sido uma característica reforçada na formação de alunos de nível superior e médio, fato esse incorporado em muitos aspectos nos dados obtidos nesta pesquisa. Contudo as atuais carências nas condições de trabalho nos serviços de saúde e enfermagem, não só da instituição estudada, somam-se as exigências das operadoras de planos de saúde, nas normativas que estabelecem para pagamentos de contas.

Embora esteja claro que anotação de enfermagem é um registro sistematizado no

prontuário do paciente, o qual deve conter todos os aspectos do tratamento, bem como ações e alterações referidas pelo paciente e, ou familiar, a realidade mostra agora têm um custo mensurável, qualitativo e quantitativo ⁽¹⁸⁾.

Garantir que o valor gasto através da assistência de enfermagem seja recebido de diversos convênios de saúde torna necessário novas estratégias de administração e educação para anotações claras, objetivas, especializadas e detalhadas.

Enfim, os resultados mostraram que anotação objetiva e criteriosa é garantia de menores perdas econômicas, além de ser um requisito válido para a defesa legal no ponto de vista jurídico. Por outro lado, anotações incompletas ou a ausência destas são indícios de falta de qualidade da assistência de enfermagem, além de um reflexo do que é realizado na prática implicando assim, em questões éticas ⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou identificar e categorizar os motivos de glosas em contas hospitalares em unidades de convênios, por meio da análise de 432 anotações em 144 prontuários de pacientes internados, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, escolhidos de forma aleatória e divididos em igual número entre três unidades de convênio de um hospital universitário.

De um modo geral, os problemas mais comuns foram as anotações por turno e não por horário; rasuras nas escritas; letra ilegível; não utilização de toda a extensão do impresso para se realizar a anotação; falta de identificação correta do profissional ao final de

cada anotação, principalmente, carimbo e assinatura; falta de checagem; checagem incorreta; anotação incompleta de todos os parâmetros dos sinais vitais, entre outros.

Diante do exposto, sugere-se que a Educação Continuada seja implementada no cotidiano da equipe de enfermagem, como forma de crescimento e aperfeiçoamento, dinâmico e dialógico, realizado de forma individual ou coletiva, reafirmando ou reformulando valores e práticas, construindo relações de integração de forma criativa e inovadora. Esta proposta sugere possibilidade de intervenção em pequenos grupos de estudo, sem deixar de considerar a heterogeneidade cognitiva dos participantes, suas críticas, sugestões e possibilidade de soluções aos problemas de registros de enfermagem.

Talvez seja importante destacar que quanto melhor implementada a realização e o registro das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - pelo processo de enfermagem e também os diagnósticos de enfermagem, mais eficiente e eficaz se tornará um serviço de enfermagem. Logo, as anotações de enfermagem são parte essencial dessa sistematização e poderão adquirir maior nível de qualidade.

Embora não tenha sido objeto de estudo seria conveniente salientar que os espaços físicos dos serviços de saúde não propiciam diminuição do tempo de realização das tarefas, ao contrário, podem ser um facilitador de erros durante a sua execução. Um melhor ambiente de trabalho permitiria maior controle das equipes de saúde sobre as situações de trabalho, aliado ao fato de que trabalhariam mais estimulados.

Outras estratégias para adequar as anotações de enfermagem poderiam ser realizadas na passagem de plantão entre as equipes de enfermagem. O momento poderia ser primordial para um gerenciamento eficaz. Em estudo realizado destaca-se a necessidade de integração entre as estratégias na passagem de plantão, o modelo assistencial utilizado; o tipo de escala de divisão de serviços e a qualidade das anotações do prontuário. Para tal é necessário o compromisso e a capacitação dos profissionais na obtenção de resultados ⁽²⁰⁾.

Finalmente, sabe-se que um dos fins da informação é fornecer subsídios para ações adequadas. A anotação em prontuário de paciente é ato jurídico. Referem-se aos dados necessários à comprovação legal, no entanto os resultados desta pesquisa mostram que faltavam informações sobre ações e suas características. Logo, seria necessário continuo estudo de instituições de saúde para medir a fidedignidade e as limitações de dados em prontuários, realizados por todos os profissionais que a ele têm acesso. Esta poderia ser uma estratégia para melhorar acentuadamente as anotações garantindo qualidade de assistência e melhor gerenciamento de serviços.

REFERÊNCIAS

1. Attie W. Auditoria: conceitos e aplicações. 3ª edição. São Paulo (SP): Atlas; 1998.
2. Riolino AN, Kliukas GBV. Relato de experiência de Enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora. Revista Nursing 2003 out; 65(6): 35-8.
3. Mezzomo AA. Serviço do prontuário do paciente. São Paulo (SP): União Social Camiliana; 1977.
4. Scarparo AF. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. Revista Nursing 2005 jan; 80(8): 46-50.
5. Ito EE, Senes AM, Senes AM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS. Manual de anotação de Enfermagem. São Paulo (SP): Atheneu; 2004.
6. Pinto K, Melo C. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2005. São Luis (MA), Brasil.
7. Junqueira WNG. Auditoria Médica em perspectiva: presente e futuro de uma especialidade. Criciúma (SC): Ed. do Autor; 2001.
8. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. Revista Nursing 2005 mai; 84(8): 234-8.
9. Camelo TV, Silva Junior OC. Auditoria de prontuários: um novo campo de atuação para enfermeiros. 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2005; São Luis (MA), Brasil.
10. Souza V, Moura LF, Flores ML. Fatores determinantes e conseqüências de falhas registradas na assistência de enfermagem: um processo educativo. Revista Mineira de enfermagem 2002 jan-dez; 6(1/2): 30-4.
11. Suarez GG, et al. Anotações de Enfermagem: padronização no hospital de clínicas da UFPR. Cogitare Enfermagem 2000 jan-jun; 5(n. esp.): 12-5.
12. Oguisso T. Dimesões ético-legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente. Rev. Paulista de Enf. 2003 set-dez; 22(3): 245-254.
13. Ministério da Saúde (BR). Resolução do COFEN-191/96. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem. [cited 2007 jan 26]; Available from: URL: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ionID=34>
14. Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Auditoria. Curitiba (PR): Gerência de Enfermagem/Educação Continuada; 2005.
15. Canello BL, Muntsch S. Projeto de implantação das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev. Bras. Enf. 1998 abr-jun; 51(2): 321-336.
16. Andrade JS, Vieira MJ, Santana MA, Lima DM. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. Acta paul. enfermagem 2004 jul/set; 17(3):311-5.
17. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq. ciênc. saúde 2004 jan/mar; 11(4):210-4.

18. Cianciarullo TI. C & Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo (SP): Ícone; 1997.
19. Darli MCB, Rossi LA, Carvalho EE. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgão para transplantes. Rev. Enf. USP 1999 set; 33(3): 224-230.
20. Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias Acta paul. enfermagem 2005 out/dez; 18(4):446-451.

Artigo recebido em 16.10.06

Aprovado para publicação em 12.07.07