LIBERTAS FACULDADES INTEGRADAS

ISABELA CRISTINA CORDEIRO RODRIGUES

ESTUDO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO HOSPITALARDE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

SÃO SEBASTIÃO DO PARAISO- MG

2021

ISABELA CRISTINA CORDEIRO RODRIGUES

ESTUDO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO HOSPITALARDE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Libertas Faculdades Integradas para realização de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Gondim Mariutti Zeferino

Coorientador: Prof. Dr. Darlan Eistein do Livramento

SÃO SEBASTIÃO DO PARAISO- MG

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

Isabela Cristina Cordeiro Rodrigues

Estudo dos registros de enfermagem em prontuário de um município no interior de Minas Gerais

Trabalho de Conclusão de Curso para Obtenção de título de Bacharel em enfermagem apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade Libertas.

Orientadora: Profª. Dra. Mariana Gondim Mariutti Zeferino

Coorientador: Prof. Dr. Darlan Eistein do Livramento

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

Prof. (a): _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. (a): _____

Instituição:_____

Assinatura: _____

Prof. (a): _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Renato Vinicio Rodrigues e Claudia Aparecida Cordeiro pelo apoio, incentivo e amor incondicional que sempre tiveram para comigo antes mesmo do ingresso nesse curso. Vocês são os pilares dessa conquista.

Ao meu namorado Anderson Medeiros Nascimento, pelos anos de cumplicidade e por entender que seria apenas uma fase, se fazendo presente todo tempo me transmitindo segurança e força nos momentos de incertezas e angústias.

Aos meus avós maternos Jose Cordeiro e Vita Cândida Cordeiro que sempre se orgulharam por ser a primeira neta a cursar um ensino superior, é uma honra tê-los em minha vida. Sempre os amarei.

Aos meus colegas de curso, especialmente ao meu amigo Dieyzon Valério por toda parceria. Você sempre acreditou no meu potencial e mesmo sem que saiba suas palavras por inúmeras vezes me motivaram a seguir.

A minha orientadora Profa. Dra. Mariana Gondim Mariutti Zeferino, jamais me esquecerei de toda dedicação e carinho que teve comigo. Obrigada por todos os conselhos e broncas, sem você tenho certeza que não conseguiria.

Ao meu Coorientador Prof. Dr. Darlan Eistein do Livramento, a Profa. Me. Beatriz Pereira Nasser e Profa. Dra. Walisetede Almeida Godinho Rosa por todo empenho que tiveram em me ajudar. Suas sugestões e correções foram fundamentais para a melhoria deste trabalho.

Aos mestres e doutores do curso de enfermagem por todos os conhecimentos transmitidos. Os guardarei com muito carinho no coração.

Ao meu gatinho Luky, pela companhia nas madrugadas frias e solitárias enquanto me dedicava a escrever.

RESUMO

RODRIGUES, Isabela Cristina Cordeiro Rodrigues. Estudo dos registros de enfermagem em prontuário hospitalar de um município no interior de Minas Gerais. 2021,34 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Libertas – Faculdades Integradas, São Sebastião do Paraíso - MG.

A instituição hospitalar e os profissionais de enfermagem têm papel importante no preenchimento dos prontuários, documento este utilizado para relatar a evolução da pessoa assistida durante a internação, pois quando preenchidos de forma adequada propicia a continuidade do tratamento e oaprimoramento dos cuidados, podendo facilitara comunicação entre os demais profissionais da saúde trazendo informações necessárias fornecendo subsídio da assistênciaprestada, colaborando igualmente para formações acadêmicas, além de respaldo legal aos profissionais.O objetivo deste trabalho é de estudar os registros de enfermagem através da análise da qualidade do registro a partir de prontuários de um hospital no interior do município de Minas Gerais. Trata-se de umapesquisa documental, descritiva de abordagem quantitativa, dos registros de enfermagem nos prontuários de usuários atendidos em unidades de um hospital no interior de Minas Gerais, através de um Checklist para a coleta dos dados com os tópicos: checagem nas prescrições, terminologias corretas, letra ilegível, erros de ortografia, uso de corretivos e espaços em branco e assinatura e carimbo da enfermagem, objetivando analisar e quantificar se houve qualidade e preenchimento correto desses prontuários. A análise ocorreu nos prontuários hospitalares, com uma amostragem de217prontuáriosde pacientes que tiveram internação do dia primeiro ao dia 10 do mês de outubro de 2019. Os dados foram digitalizados em planilhas do programa Excel e submetidos à análise estatística descritiva simples. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética atendendo a resolução 466/2012.Em relação à checagem prescritivas foram identificados 3 prontuários (21,4%)sem a devida checagem das prescrições; foi identificado em 7% dos prontuários terminologias incorretas, como por exemplo a sigla NPP (nutrição parenteral), foi citada como DPP; identificados 2 prontuários (14%) com letra ilegível; sendo que o primeiro estava escrito com uma letra de difícil entendimento e o segundo apresentava letra ruim e confusa. Sobre os erros ortográficos foi identificado 1 prontuário (7%)na frase da evolução (medicada conforme os itens 2,5,6 e 7), o correto seria o uso da palavra itens; foi identificado 1 prontuário (7,1%) com uso de corretivos e espaços em branco. Ao finalizar uma evolução, o correto é completar a linha com um traçado antes da assinatura do profissional, o que foi esquecido nessa evolução, sobrando um espaço generoso entre um e outra. Sobre o uso de assinatura e carimbo da enfermagem foram identificados 6 prontuários que faltavam a assinatura ou o carimbo do profissional é de suma importância que as anotações de enfermagemsejam claras, corretas e completas e que as mesmas não sejam encaradas somente como parte burocrática e normativa do local de trabalho, pois é preciso compreender a importância do relato dos cuidados prestados, visto também como as dificuldades que poderão ser ocasionadas pelo não preenchimento correto desses prontuários a respeito da assistência prestada, além de ser um documento de respaldo legal aos profissionais.

Palavras-Chave: Assistência de enfermagem; Anotação de enfermagem; Prontuário

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 – Internações da Instituição estudada nos dez primeiros dias do mês de outubro. São Sebastião do Paraíso, MG, 2020.....p.20

Gráfico 2 -Porcentagem de ocorrências encontradas, conforme os critérios descritos na metodologia.....p.21

Quadro 1 - Tópicos avaliados nos prontuários da Instituição. São Sebastião do Paraíso, 2020.....p.33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ANPD - Autoridade Nacional de Proteção de Dados

AE - Auxiliar de Enfermagem

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas.

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial

CC - Centro Cirúrgico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREM - Conselho Regional de Enfermagem

ENF - Enfermeiro

GDPR - General Data ProtectionRegulation

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados

NPP - Nutrição Parenteral

SAE - Sistematização da assistência de Enfermagem

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SUS - Sistema Único de Saúde

TE - Técnico de Enfermagem

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **8**

2. OBJETIVOS **10**

2.1 Objetivo Geral 10

2.2 Objetivos Específicos 10

3. REFERENCIAL TEÓRICO **11**

4. METODOLOGIA **16**

4.1 Caracterização da pesquisa 16

4.2 Contexto da pesquisa 16

4.3 Amostragem 17

4.4 Aspecto Éticos 18

4.5 Coleta de dados 18

4.6 Análise e interpretação dos dados 19

5. RESULTADO E DISCUSSÃO **20**

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **25**

7. REFERÊNCIAS **27**

ANEXO A – Autorização do comitê de ética 30

APÊNDICE A - Checklist 34

1. INTRODUÇÃO

O prontuário hospitalar é o documento utilizado para relatar a evolução da pessoa assistida durante o período de internação, no qual encontramos os dados fornecidos pelo paciente ou pelo seu responsável legal que se fazem importante, pois são através deles que são traçados os planos terapêuticos e de reabilitação, direcionando o cuidado a ser prestado para com esse paciente (BRAGAS, 2015).

Os registros feitos pela equipe de enfermagem no prontuário devem refletir as condições bio-psico-sócio-espiritual, que se justifiquem serem relatadas, objetivando na continuidade do tratamento bem como na elaboração de cuidados e constituem-se em instrumentos capazes de interferir na qualidade da assistência (SETZ; INNOCENZO, 2009).

> "Assim as anotações de enfermagem têm valor como fonte de investigação, instrumento de educação e documento legal. Desta forma, os registros podem servir como um dos meios para avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente, bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe de enfermagem" (SETZ; INNOCENZO, 2009, p.314).

Constituindo uma forma de comunicação escrita, os registros de enfermagem[1]contêm informações pertinentes quanto ao paciente e aos cuidados ofertados pela equipe de enfermagem, considerando que se relatados corretamente, propiciam a comunicação entre os demais profissionais da saúde envolvidos na arte do cuidar; fornecem subsídios para a assistência prestada e colaboram para formações acadêmicas voltadas ao ensino da enfermagem (BRAGAS, 2015).

Além disso, o registro é usado como principal documento de defesa dos profissionais de saúde, pois o prontuário hospitalar deve conter todas as informações pertinentes sobre os procedimentos realizados na assistência do paciente. Em casos de denúncias por mau atendimento, esses documentos atuam de forma indispensável para a comprovação dos indícios de imperícia, imprudência ou negligência (FRANÇOLIN et al., 2012).

O estudo de Bragas (2015) compreende que é preciso que as anotações de enfermagem estejam corretas e completas, e não que sejam encaradas somente como parte burocrática e normativa do local de trabalho, pois é preciso compreender a importância do relato dos

[1] Terminologia utilizada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREM), exemplo disponível no COREN ES em http://www.coren-es.org.br/registro-de-enfermagem-veja-o-que-deve-ser-anotado-quando-onde-como-e-para-que-anotar_1244.html#:~:text=23%2F11%2F2011-,Registro%20de%20Enfermagem%3A%20veja%20o%20que%20deve%20ser%20anotado%2C%20quando,a%20continuidade%20de%20seu%20cuidado. Acessado em 05 maio 2021

cuidados prestados, visto também como as dificuldades que poderão ser ocasionadas pelo não preenchimento correto desses prontuários a respeito da assistência prestada.

O registro de enfermagem é uma das maneiras de demonstrar o trabalho realizado pela equipe de enfermagem e indica a qualidade da assistência. No entanto, o preenchimento incorreto, a falta de periodicidade e a continuidade das anotações são fatores que dificultam a própria assistência ao paciente, as sindicâncias e as perícias que possam amparar juridicamente o profissional e a instituição de saúde (FRANCO; AKEMI; D´INOCENTO, 2012).

O prontuário e as anotações constituem a finalização do cuidado ao paciente e traz maior visibilidade a profissão, permitindo planejar a assistência, reflete a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas a respeito do atendimento, servem de fonte de consulta para inspeção da auditoria de enfermagem e podem servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde (COFEN[2], 2012).

As maiores dificuldades e problemas relacionados ao registro vêm da própria equipe de enfermagem, na qualse pode mencionar: falta de identificação e carimbo de quem realizou o cuidado ou a tarefa, letras ilegíveis, erros de ortografia, dificuldade na escrita, terminologia utilizada de forma incorreta, rasuras e uso de corretivos e espaços em branco (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo estudar os registros de enfermagem em prontuário hospitalar:Prontuários sem a devida checagem das prescrições, terminologias incorretas, erros ortográficos, letra ilegível e a falta de identificação ou o carimbo da enfermagem. Espera-se que o estudo contribua para a identificação de eventos que possam interferir diretamente na qualidade dos registros de enfermagem.

[2] COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar os registros de enfermagem em prontuários através da análise da qualidade do registro.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar e quantificar:

1. A checagem nas prescrições;
2. Uso de terminologias corretas;
3. Presença de letra ilegível;
4. Erros de ortografia;
5. Uso de corretivos e espaços em branco;
6. A presença de assinatura e carimbo do profissional da enfermagem.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O prontuário é um documento legal, único, de grande valor, que deve ser devidamente identificado. Nele encontram-se informações importantes sobre a saúde do paciente, o seu diagnóstico/enfermidades, o período de atendimento, o tempo de duração do tratamento e o seu histórico. Inclui também atendimentos prestados a ele, desde a passagem pelos ambulatórios, como pela Emergência da instituição (CAMPOS,2016).

Segundo Bezerra (2009), o preenchimento do prontuário é uma obrigatoriedade em todo atendimento. Antigamente os relatos eram feitos apenas em papel e atualmente podem ser feitos também por meio eletrônico, no qual o sigilo profissional e as exigências legais do prontuário manuscrito devem ser mantidos. Aponta também que o uso de meios informatizados para armazenamento das informações no processo de atendimento a pacientes propicia uma troca de dados mais ampla e efetiva entre as instituições, além de auxiliar os profissionais da saúde na troca de informações com os demais colegas de trabalho.

A ANVISA[3], através da resolução n° 63 da Diretoria Colegiada de 25 de novembro de 2011, dispõe através da seção IV do prontuário do paciente, algumas atribuições da instituição de saúde, como cita nos artigos 24, 25, 26, 27 e 28.

> Art. 24- O registro em prontuário é de responsabilidade dos profissionais de saúde que prestam o atendimento.
> Art. 25- O local de guarda dos prontuários deve obedecer às normas vigentes e é de responsabilidade do serviço de saúde, assim como garantir a guarda segura dos documentos, dispondo de conservação e organização a fim de permitir sempre que necessário o seu acesso.
> Art. 26- Os registros relativos aos procedimentos prestados e a identificação do paciente devem estar presentes nos prontuários.
> Art. 27- Os prontuários em meio físicos devem ser preenchidos de forma legível, contendo assinatura e carimbo dos profissionais envolvidos diretamente na assistência do paciente.
> Art. 28- É de direito do paciente os dados que compõem o prontuário, por isso, os documentos devem estar disponíveis de forma a serem entregues cópias a autoridade sanitária ou aos seus representantes legais quando necessário (ANVISA, 2010).

A guarda dos prontuários, em instituições que dispõem de prontuários em papel, a LEI 13787 de 27 de dezembro de 2018[4] estabelece o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do

[3] ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
[4] Lei disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57221806/do1-2018-12-28-lei-n-13-787-de-27-de-dezembro-de-2018-57221499 acessado em 07 de junho de 2021

último registro, para a preservação desses prontuários nesse formato. Passado esse tempo, contado a partir do último registro no prontuário do paciente, o documento em papel ou digitalizado poderá ser eliminado ou entregue ao paciente.

De acordo com o Manual Melhores Práticas LGPD:

> "Os titulares de dados pessoais têm direitos e garantias especificados pela LGPD. Cabe à instituição assegurar que sejam passíveis de serem acessados e exercidos desde o início do processo de tratamento de dados e ao longo de toda a vida do processamento, inclusive no término. São eles, conforme os artigos 6º, 18 e 20 da LGPD".

Estando hábil a requisição do titular do prontuário, a instituição tem um tempo de 72 horas para atender à solicitação do documento e um reporte de 15 dias uteis regulamentado pelo (General Data ProtectionRegulation – GDPR) para realizar a entrega dos mesmos ao solicitante (ANAHP).

Segundo a cartilha sobre boas práticas e lei geral de proteção de dados (LGPD):

> "A Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais (ANPD), quando da sua estruturação, será a entidade responsável por orientar e fiscalizar o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)".

A resolução COFEN 429/2012 dispõe sobre os registros nos prontuários, e determina em sua 1° resolução que:

> "É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade da assistência"
>
> .

Através da documentação e dos registros de enfermagem no prontuário do paciente dos sistemas de saúde, pode se avaliar a organização e a qualidade da prestação de serviço ao paciente. Por isso, para a garantia da continuidade do cuidado adequado e para o cumprimento dos aspectos éticos e legais, enfatiza-se a necessidade de se fazer registros fidedignos, completos e de coerência no prontuário do paciente (PIMENTA,2016).

Segundo Innocenzo e Setz (2009) uma das formas mais importantes de comunicação entre a enfermagem é a anotação. Através dela consegue-se mensurar a produtividade e

qualidade do serviço prestado e construir melhores práticas assistenciais, além de criar ações que visem melhoria dos resultados operacionais.

Santos (2014) enfatiza que enquanto o indivíduo se encontra aos cuidados da equipe de enfermagem, são realizadas pela mesma uma SAE[5] que consiste em uma metodologia para execução de ações sistematizadas de acordo com as necessidades de cada paciente. Embora inicialmente implementada nas décadas de 1920 e 1930 em cursos de enfermagem, no Brasil o método de sistematização ganhou adesão nas décadas de 1970 e 1980 com forte influência por Wanda de Aguiar Horta.

Acrescenta que algumas dificuldades ainda devem ser vencidas pela equipe de enfermagem para que a SAE seja implementada em todas as unidades de saúde oferecendo vantagens para o paciente e profissional. De acordo com o autor esses obstáculos a serem enfrentados pela equipe seria a escassez de profissionais nos serviços principalmente da equipe de enfermagem e a pouca valorização que o profissional tem perante a instituição. Além de que para que o processo funcione é exigido que a equipe tenha compromisso ético, conhecimento científico, habilidades e responsabilidade para a arte do cuidar (SANTOS,2014).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2012):

> A documentação do paciente (prontuário) e os demais documentos inerentes ao processo de cuidados de enfermagem (livros de ocorrências, relatórios, etc.) constituem a finalização do processo de cuidar do paciente: trazem maior visibilidade a profissão permite o planejamento da assistência, refletem a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas de atendimento, servem de fonte de consulta para inspeção da auditoria de enfermagem, são provas cabais da jornada de trabalho, e ainda, poderão servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde.

Os registros das ocorrências, intercorrências e das atividades de enfermagem, se fazem necessárias ao prontuário devido à ampla legislação que a rege. Os profissionais devem se atentar para o fato de que as intercorrências e ocorrências no que se refere a equipe, devem ser registradas no livro de relatório da enfermagem, devendo ser de uso exclusivo mais também de fácil acesso a todos da equipe (COFEN, 2012).

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem, (2012) são indispensáveis algumas informações no prontuário do paciente, bem como:

A) Síntese dos dados coletados do processo saúde doença.

[5] Sistema da Assistência de Enfermagem

B) Os cuidados de enfermagem realizados e os diagnósticos pela equipe traçados

C) Os resultados que a equipe alcançou com os cuidados, intervenções ou ações realizadas.Entretanto:

> "A documentação das intervenções de enfermagem é um dos campos mais deficientes do processo da assistência de enfermagem, e as causas subjacentes deste problema estão relacionadas com a deficiência dos prestadores de serviços em atender às necessidades dos pacientes, a falta de tempo para registrar de forma detalhada a assistência proporcionada, a carência de formas estruturadas de coleta de dados" (LABBADIA; ADAMIA, 2004).

Campos (2016) aponta a necessidade de se fazer evoluções claras, objetivas, que permitam compreender o caso do paciente por toda a equipe de saúde, não utilizando de códigos não padronizados, nem abreviaturas e escrita ilegível. Afirma também a importância de se documentar todas as ações realizadas, justificando assim o diagnóstico e tratamento empregado. Fornecendo informações precisas para uso em estatísticas e pesquisas, respaldo profissional e histórico hospitalar para a instituição.

Além de fornecer uma melhor comunicação entre os profissionais da área da saúde, evoluções feitas ao prontuário dispõem de segurança aos pacientes, e servem de respaldo legal aos profissionais, por constar todas as ações descritas por ele realizadas. Conforme o que consta na legislação do Conselho Regional de Enfermagem, toda ação incorreta, pode gerar processos criminais e éticos, e todos os danos causados a pacientes passaram por um processo de verificação, cabendo ao profissional responder por suas ações e indenizar o paciente caso constatado erro profissional (COFEN, 2012).

Segundo Santos (2014) os registros feitos pelos profissionais de enfermagem no prontuário do paciente tornam-se fonte de informação imprescindível para que a qualidade e segurança da assistência prestada sejam acompanhadas. Portanto, os profissionais da enfermagem devem reconhecer a importância de se adotar uma metodologia que preze por relatar a assistência prestada com fidedignidade.

A fim de contribuir para a construção de indicadores de qualidade, no prontuário do paciente, deve-se estruturar o atendimento prestado, a partir de um resumo mínimo de dados, bem como de uso de terminologias (CAMPOS, 2016). Ainda aponta que o registro de enfermagem deve ser realizado, e tem algumas finalidades, porque além de constituir uma exigência legal, torna-se prova legal de um atendimento prestado. Contribui para continuidade de pesquisas em educação em saúde, permite a análise dos custos oferecidos aos pacientes

através da auditoria e dispõe de fatos que permitam o planejamento da continuidade do tratamento.

De acordo com Santos (2014) devem-se registrar todas as ações que estejam relacionadas ao tratamento dos usuários. Essas anotações são realizadas pelos enfermeiros (as), técnicos (as), auxiliares, e estudantes de enfermagem que prestaram assistência ao paciente, devendo obedecer aos seguintes critérios:

- Devidamente identificado os impressos devem constar os dados do paciente, como nome, sobrenome, quarto, leito e registro do prontuário.
- Todos os registros realizados devem ser assinados pelo profissional, escrito COREN, número da inscrição e acompanhado da categoria (AE[6], ENF[7], TE[8]) correspondente a função exercida.
- Anotar os fatos com a maior exatidão e autenticidade possível de modo coerente e verdadeiro.
- Iniciar com a data, e logo em seguida o horário.
- Terminar com a assinatura do profissional, acompanhado de carimbo.
- Não deixar espaços em branco.
- O registro deve ser realizado de forma compreensiva, com escrita legível e sempre a tinta azul ou preta para o dia e vermelha para noite.
- Caso haja erros, não rabiscar e rasurar os impressos. Adotar o método de correção sem efeito ou digo, dando continuidade à evolução.
- Não utilizar de canetas corretivas nem marca texto.
- Fazer uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas

De acordo com a resolução COFEN 191/2006 E 448/2013, as anotações de enfermagem devem ser escritas seguindo algumas regras e exigências padronizadas, não podendo haver termos com sentido figurado fazendo conotação de valor, tais como mal, bem, pouco ou muito; serem escritas de lápis, ou fazerem uso de canetas corretivas.

[6] AE – Auxiliar de Enfermagem,
[7] ENF - Enfermeiro
[8] TE – Técnico de Enfermagem

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do Estudo

Para analisar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de usuários atendidos em unidades de um hospital do interior de Minas Gerais foi feito uma pesquisa documental, descritiva de abordagem quantitativa.

Para conhecer o objeto de pesquisa em foco foi realizado um estudo descritivo, o qual pretende descrever fenômenos e fatos da realidade, exigindo do pesquisador informações sobre o assunto que deseja pesquisar (TRIVIÑOS, 1987).

A coleta de dados é o meio utilizado para este estudo, através da pesquisa documental, a qual o pesquisador examina materiais diversos buscando interpretá-los (CAMPEDELLI, 1989; MATIELO, 1998). Neste estudo, a pesquisa documental foi realizada através de prontuários dos usuários.

A pesquisa quantitativa é aquela em que seus resultados podem ser identificados e enumerados de forma a serem comparados e quantificados. Objetivamente, considerando a realidade de forma a ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o ajuda de instrumentos padronizados e neutros, recorrendo a tabelas para descrever as causas de um fenômeno e relações entre variáveis (GERHARDT; SILVEIRA, 2019).

4.2 Contexto da Pesquisa

O estudo foi realizado em um município localizado na região Sudoeste do Estado de Minas Gerais, cujos dados do IBGE[9] em 2019 possuí uma população estimada 70 956habitantes. Um município tradicionalmente ligado ao agronegócio, com economia diversificada no setor de serviços, indústrias e comércio.

Em relação à área de saúde do município, apresenta-se em gestão plena segundo o Pacto de Gestão em Saúde. O funcionamento dos serviços de saúde encontra-se de forma piramidal, ou seja, por nível de complexidade crescente.

[9] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Encontra-se no topo da pirâmide um hospital psiquiátrico e um geral, Santa Casa, ambos conveniados pelo SUS[10], e um asilo (Instituição de Longa Permanência para Idosos). Na parte mediana está oambulatório de especialidades, pronto socorro, ambulatório especializado em doenças infectocontagiosas, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II[11] e CAPS ad[12]), os quais são responsáveis pelo nível secundário de saúde. E na base da pirâmide, ou seja, nível primário tem17 Unidades de Saúde da Família (USF), um ambulatório de puericultura e imunização. Consta ainda com clínicas particulares de atendimento por convênios, as quais participam dos três níveis de atenção em saúde.

O presente estudo foi desenvolvido no hospitalgeral do município, mas especificamente no setor de auditoria, o qual anteriormente era dirigido por irmãs da congregação imaculada e posteriormente passou a ser dirigido por médicos e pessoas da sociedade.

Atualmente o Hospital possui 184 leitos sendo 145 destinados ao SUS, estes leitos são atendidos por clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ginecologia-obstetrícia, "maternidade de Alto Risco", Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI neonatal e UTI cardiológica. Possui um corpo clínico de 65 médicos com especialidades diversas, como: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Videolaparoscopia, Cardiologia, Gastrologia, Neurologia, Traumatologia Ortopedia, Nefrologia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Urologia, Radiologia, Neurocirurgia, Hemodinâmica, Neonatologista, Infectologista, Vascular, Cirurgia Bariátrica.

Possui Ala dos convênios, CC[13], Hemodiálise, Maternidade, Berçário, UTI Neonatal, UTI cardiológica e UTI geral, Laboratório, Centro de Radiologia, Banco de Sangue, Ortopedia e área administrativa

4.3 Amostragem

De acordo com dados prévios levantados na instituição, existe um fluxo de 800 internações hospitalares em média por mês, a amostra foi dimensionada por um processo não probabilístico, sendo elas leitos para os pacientes do SUS e convênios. A amostra foi constituída pelos prontuários de pacientes do SUS que tiveram internações do 1º dia ao 10º

[10] SUS – Sistema Único de Saúde
[11] CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial
[12] CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas
[13] CC – Centro Cirúrgico

dia do mês de outubro de 2019. Assim, a quantidade de prontuários analisados foi de aproximadamente217documentos.

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais – Campus de Passos, sendo aprovado com o n° de parecer 3.664.021 (ANEXO A) atendendo a resolução 466/2012 que regulamenta pesquisa com seres humanos.

4.5 Coleta de Dados

Para a coleta dos dados foi construído um Checklist (APÊNDICE A) com os seguintes tópicos: checagem nas prescrições, terminologias corretas, letra ilegível, erros de ortografia, uso de corretivos e espaços em branco e assinatura e carimbo da enfermagem, com o objetivo de identificar se houve qualidade e preenchimento correto desses prontuários.

O apêndice criado aborda os tópicos com três colunas de múltipla escolha, que serão preenchidas de acordo com os resultados obtidos na avaliação, contemplando respostas alternativas como: sim, não e parcialmente.

Para avaliar os 217prontuários foram utilizados critérios para cada tópico do APÊNDICE A.

1°: Falta de checagem nas prescrições: compreenderá o item sim quando mais de um horário de medicamentos, dietas, concentrado de hemácias ou de hemoderivados não for checado ou bolado pela enfermagem na prescrição nos horários corretos, mas estiver relatado nas evoluções diárias que foram passadas. O item não, quando todas as prescrições estiverem de acordo com a evolução e parcialmente quando de todo o prontuário a enfermagem deixar de checar ou bolar no horário correto uma única vez.

2°: Terminologias corretas: foi considerado sim, quando o enfermeiro utilizar de terminologias não padronizadas pelo COFEN e não, quando todas as terminologias estiverem de acordo com o padronizado. O item parcialmente não entrar neste tópico.

3°: Letra ilegível: embora a evolução de enfermagem seja escrita por vários profissionais, qualquer evolução ilegível, de difícil entendimento de contexto será avaliada com o item sim, independentemente da quantidade de dias ilegíveis. Não, quando todos os

dias evoluídos estiverem legíveis e o item parcialmente não foi compreendido nesse tópico por entender que ou tem clareza nas evoluções ou não tem.

4°: Erros de ortografia: o item parcialmente não foi contemplado nesse tópico, compreenderá o item sim quando as evoluções tiverem algum erro ortográfico em sua escrita e não quando as evoluções estiverem escritas na norma correta.

5° Uso de corretivos e espaços em branco: compreenderá sim, quando identificado a presença do uso de corretivos nas evoluções de enfermagem assim como algum espaço em branco e não, quando as evoluções estiverem sem presença de corretivos e sem nenhum espaço em branco entre uma evolução e outra e ou entre a evolução e carimbo. O item parcialmente não foi compreendido nesse tópico.

6° Falta de assinatura e carimbo da enfermagem: ocorre quando a enfermagem esquecer-se de assinar e carimbar ou quando o profissional assinar e esquecer-se de carimbar ou vice-versa.

4.6 Análise e Interpretação

A análise ocorreu nos prontuários hospitalares por aplicação de um checklist (APÊNDICE A). Como foi citada anteriormente a amostra foi de aproximadamente 217 prontuários de pacientes que tiveram internação do dia primeiro ao dia dez do mês de outubro de 2019.

Os dados foram digitados em planilhas do programa Excel e submetidos à análise estatística descritiva. Segundo Silvestre (2007) a estatística é a coletividade de métodos adequados para reunir, investigar, expor e argumentar conjunto de dados numéricos.

Os dados foram tabulados e posteriormente estudados as distribuições de frequências absoluta, relativa e porcentual das variáveis analisadas.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo se deram por meio de uma pesquisa quantitativa realizada através de um Checklist (Apêndice A) utilizado para estudar os registros de enfermagem através da análise da qualidade desse registro através de prontuários de um hospital do município do interior de Minas Gerais.

Os prontuários para análise foram selecionados no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) da instituição, pois como foram analisados os prontuários referentes ao mês de outubro de 2019, os mesmos já haviam passado pelo fluxo de faturamento e revisão hospitalar, não estando mais dispostos no setor de auditoria.

Com base nos cálculos de internações dos últimos três meses observou-se um fluxo de aproximadamente 800 internações mensais, extraindo assim a média de 260 internações nos dez primeiros dias do mês. Entretanto, ao analisar os prontuários referentes ao mês avaliado, a quantidade do período foi de 217 internações distribuídos ao longo de 10 períodos, conforme ilustrado pelo Gráfico 1:

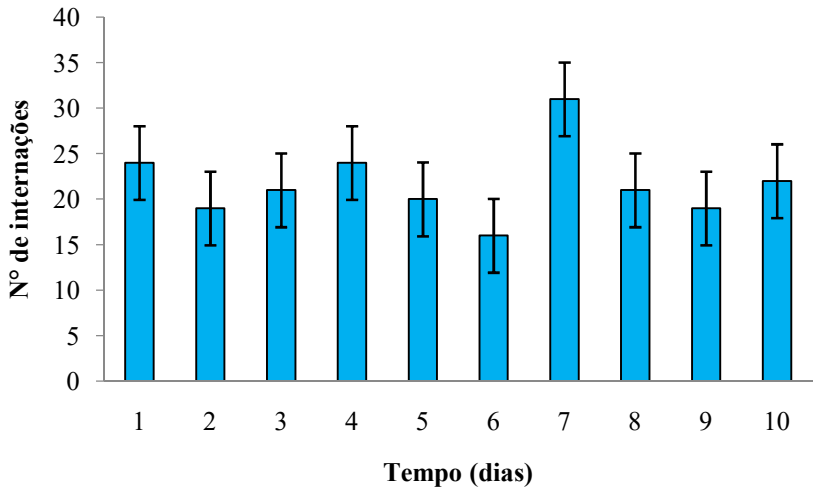

Gráfico 1. Número de internações na Instituição estudada nos dez primeiros dias do mês de outubro. As barras indicam o erro padrão da média do número de internações ($\bar{x}$ = 21,7 internações).São Sebastião do Paraíso, 2020.Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Foram selecionados todos os prontuários cuja internação se deu nos primeiros dez dias do mês de outubro 2019, e através de análise estatística descritiva simples foram avaliados

seguindo os critérios descritos na metodologia e elaborados em planilhas no programa Excel com os seguintes tópicos: 1. checagem nas prescrições, 2. terminologias corretas, 3. letra ilegível, 4. erros de ortografia, 5. uso de corretivos e espaços em branco e 6. carimbo e assinatura da enfermagem, como mostra o gráfico abaixo: Ao analisar as principais ocorrências nos prontuários foi observado que a falta de carimbo e assinatura é a principal ocorrência encontrada nos erros de procedimentos (42,9%), conforme gráfico 2 abaixo:

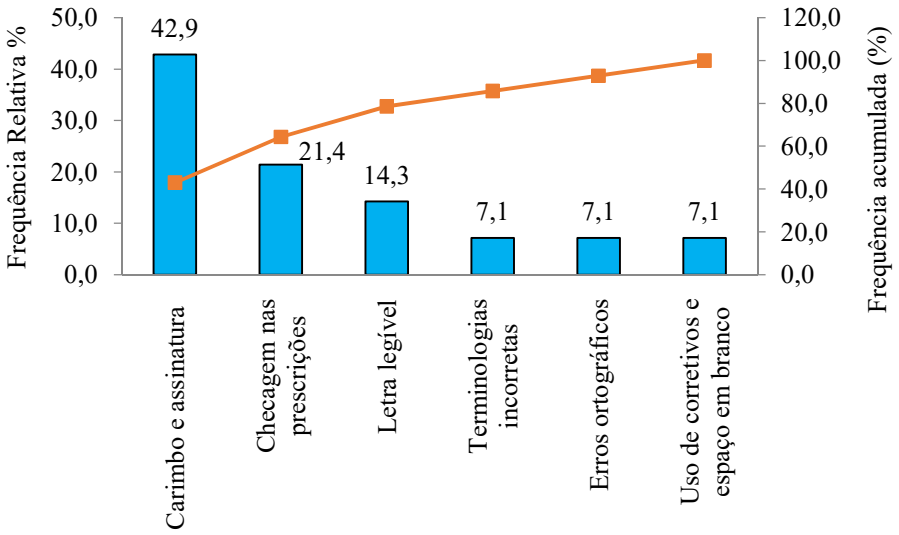

Gráfico2. Gráfico de Pareto da porcentagem de ocorrências encontradas nos registros em prontuários médicos. Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Em relação à checagem nas prescrições (item 1) foram identificados 3 prontuários (21,4%). O primeiro a ser incluído na contagem estava sem checagem em uma dieta, mas relatando boa aceitação da dieta pela evolução de enfermagem, o segundo continha uma prescrição de horários quase inteiros sem checar e o terceiro faltava bolar uma medicação que não havia sido realizada, conforme confirmado pela evolução diária da enfermagem. Compreendendo o item sim da metodologia.

Acredita-se que a falta de assinatura e carimbo dos profissionais seja o erro mais recorrente pois, embora grande parte dos profissionais adote o hábito de finalizarem suas evoluções com carimbo e assinatura, alguns optam por realizarem todas as anotações durante o plantão e finalizarem na última evolução do dia, o que acarreta no esquecimento e preenchimento correto.

Em relação ao uso de terminologias incorretas (item 2) foi identificado 1 (7,1%) prontuário. A sigla NPP (nutrição parenteral), foi citada como DPP. Compreendendo o item sim da metodologia.

Sobre o item 3, letra ilegível foram identificados 2 prontuários (14,3%). O primeiro estava escrito com uma letra de difícil entendimento e o segundo apresentava letra ilegível, consequentemente confusa. Compreendendo o item sim da metodologia.

Sobre os erros ortográficos (item 4) foi identificado 1 prontuário (7,1%). Na frase da evolução (Medicada conforme os itens 2,5,6 e 7), o correto seria o uso da palavra itens. Compreendendo o item sim da metodologia.

Na parte de uso de corretivos e espaços em branco (item 5) foi identificado 1 prontuário (7,1%). Ao finalizar uma evolução, o correto é completar a linha com um traçado antes da assinatura do profissional, o que foi esquecido nessa evolução, sobrando um grande espaço entre um e outra. Compreendendo o item sim da metodologia.

Sobre o uso de assinatura e carimbo da enfermagem (item 6) foram identificados 6 prontuários. O primeiro estava assinado com rubrica e sem o carimbo na evolução de enfermagem, o segundo estava assinado nome por extenso, mas sem o carimbo com o número do COREN, o terceiro estava assinado com rubrica, mas sem o carimbo com o número do COREN em três evoluções do mesmo profissional, o quarto estava carimbado, mas sem a assinatura do profissional do plantão noturno. No quinto, a evolução estava assinada, mas sem o carimbo com número do COREN e o sexto estava assinado, mas sem carimbo com número do COREN na evolução do profissional da noite.

Nesse estudo foi identificado um prontuário em especial, cuja evolução de enfermagem encontrava-se rabiscada e rasurada, não encaixando em nenhum dos tópicos pré-determinado para análise, mas que não deixou de ser percebido tendo entendimento de que, segundo Dutra et al. (2016) a evolução de qualquer profissional dentro de um prontuário não pode ser rasurada, devendo colocar parênteses e escrevendo a palavra digo na frente antes da correção do que fora escrito.

De acordo com Rodrigues et al. (2016), mesmo com os achados positivos encontrados no processo, todas as inadequações encontradas por menor que sejam necessitam serem revisadas, para que assegurem uma qualidade dos registros de enfermagem e não atrapalhem o processo de trabalho.

Lopes; Trindade afirma que,

> "[...] a lei prevê que é dever dos profissionais manter anotações perfeitas, ou ao máximo, dentro do ideal, além de organizar documentos referentes ao paciente no que lhes é relativo. A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu Art. 14, aponta o compromisso de toda a equipe de enfermagem diante da necessidade de anotar todas as atividades da assistência de enfermagem no prontuário do paciente.
> Salienta ainda a importância de a equipe de enfermagem ter a percepção dessas anotações com falhas, e reconhecer o quão importante elas se tornam se forem necessárias futuramente como provas de investigações ou diante de diligências legais"(LOPES; TRINDADE, 2019, p. 3).

Tendo em vista o alto índice de anotações incorretas nos prontuários dos pacientes, o serviço da auditoria de enfermagem encontra um grande impacto nas revisões das contas hospitalares, pois é através delas que há possibilidade de comprovar o uso de medicações, materiais e procedimentos realizados para que o pagamento das mesmas seja efetuado por parte dos convênios e do SUS (LOPES; TRINDADE, 2019).

De acordo com Lopes; Trindade (2019), após a prestação de serviços pela instituição, a auditoria hospitalar, envia os orçamentos com os gastos necessários para realização dos atendimentospara a fonte pagadora. Contudo, que houve falhas administrativas, falhas de enfermagem ou médicas que justificam o cancelamento parcial ou total do orçamento apresentado, esta pode restringir o pagamento ou realizar a glosa, o que pode acarretar numerosas despesas para a instituição.

No estudo de Ferreira, Jacobina; Alves; (2014), a responsabilidade da administração de qualquer medicamento dentro de uma instituição de saúde é de competência da equipe de enfermagem. Por isso, a necessidade da equipe estar sempre atenta ao preparo e administração dessas drogas, tendo sempre conhecimento da droga a ser manipulada, sua ação, via, interações medicamentosas e efeitos adversos que possam ocorrer como o intuito de evitar ao máximo os erros de administração de medicamentos.

Para os autores Ferreira, Jacobina; Alves (2014), os erros de medicações podem se dar por inúmeros fatores. Alguns dos que mais favorecem esses erros são a falta de interesse e cuidado, a pressa na realização de procedimentos, deficiência na formação acadêmica, falta de atenção e habilidade e lapsos de memória.

Uma tática que deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem no momento do preparo da medicação é o de identificação dos medicamentos com etiquetas, descrevendo o leito, a droga, o nome do paciente, a via de administração e o horário. E após a finalização da administração da mesma no paciente, checar a medicação com um traço, contendo horário e

assinatura com carimbo, ou bolar a não administração do medicamento, justificando o porquê de não realizada (FERREIRA; JACOBINA; ALVES, 2014).

> Um estudo realizado em um hospital escola observou-se falhas quanto à identificação dos profissionais de enfermagem nas evoluções. Foi identificado que os profissionais não seguiam as recomendações instituídas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), e assinavam com rubrica sem o número do Conselho. (ARAUJO; DINIZ; SILVA, 2017, p.3)

Durante a elaboração dos registros de enfermagem, os erros ocorridos na escrita não devem ser corrigidos com emprego de nenhum meio que possa dificultar a sua leitura, como fazer uso de canetas corretivas, borrachas, ou rabiscar por várias vezes o documento. O correto a se fazer é utilizar o verbo "digo'' após a frase ou palavra a ser modificada e depois escrever a informação corrigida (DUTRA et al., 2016).

No estudo de Dutra et al. (2016) também se descreve sobre a ortografia correta e rasuras dos profissionais de enfermagem nos impressos próprios da instituição, entretanto esses dois itens mostraram-se em conformidade com praticamente todos os 826 registros de enfermagem analisados.

Aquino et al. (2018) também relata que em sua pesquisa, dos 151 prontuários analisados sobre o preenchimento correto dos profissionais de enfermagem, os espaços em branco e as rasuras obtiveram números relativamente baixos, aparecendo como 21(13,9%) e 16(10,6%). Em 147(97,4%) das anotações, a assinatura dos profissionais estavapresente e o número do conselho presente em apenas 25(16,6%), além de que 100% dos prontuários apresentavam anotações legíveis.

Com seu estudo, Santana e Araújo (2016) escreve sobre a grande escassez de pesquisas e materiais atualizados que estão publicados, sobre a qualidade dos registros de enfermagem que possibilite a realização da auditoria de prontuários hospitalares, enfatizando, dessa forma, o quanto essas pesquisas se fazem necessárias e nos remetem a sua importância.

A quantidade de profissionais de enfermagem atuantes nos hospitais existe em número reduzido o que obriga o profissional a ter que dividir seu tempo e se dedicar não somente ao campo assistencial, mas a exercer também a parte burocrática e se dedicar aos papéis institucionais. Essa sobrecarga de trabalho possibilita o aparecimento de erros nos registros, anotações e evoluções de enfermagem, além de levar a uma precariedade na qualidade do serviço (SANTANA; ARAUJO, 2016).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prontuário hospitalar é o documento utilizado para relatar a evolução da pessoa assistida durante o período de internação, através dos registros feitos pela equipe de enfermagem, os quais devem refletir as condições bio-psico-sócio-espiritual, que se justifiquem serem relatadas, objetivando na continuidade do tratamento bem como na elaboração de cuidados.

Constituem-se em instrumentos capazes de interferir na qualidade da assistência, constituindo uma forma de comunicação escrita, os registros contêm informações que propiciam a comunicação entre os demais profissionais da saúde envolvidos na arte do cuidar; fornecem subsídios para a assistência prestada e colaboram para formações acadêmicas voltadas ao ensino da enfermagem.

Objetivou-se neste estudo estudar os registros de enfermagem a partir de prontuários de um hospital do interior de Minas Gerais.Dos 217registros 3 prontuários (21%) estavam sem checagem nas prescrições (item 1), 1 prontuário (7%) tinha uso de terminologias incorretas (item 2), 2 prontuários (14%) estavam escritos com letra ilegível (item 3), 1 prontuário (7%) foram encontrados erros de ortografia (item 4). 1 prontuário (7%) foi identificado presença do uso de corretivos e espaços em branco (item 5), 6 prontuários (43%)faltavam a assinatura ou o carimbo da enfermagem.

O número de equipes da enfermagem que atuam nos hospitais existe em número abaixo do esperado, obrigando esses profissionais ater que dividir seu tempo e realizar não somente o campo assistencial, mas também seu papel burocrático, sobrecarregando, muitas vezes o trabalho e podendo levar a ocorrência de erros nos registros, anotações e evoluções de enfermagem, além de levar a uma precariedade na qualidade do serviço.

A maioria dos profissionais de enfermagem em sua maioria tem dupla jornada de trabalho, e o cansaço físico e mental, leva a um desgaste funcional ocasionando na perda de concentração nos procedimentos e anotações realizadas.

As anotações, registros e evoluções realizadas de forma corretapela enfermagem são de suma importância, podendo contribuir para o planejamento e continuidade do cuidado e servir como meio de comunicação entre os demais profissionais de saúde.

É necessário que as anotações de enfermagem estejam corretas, claras e completas, e não sejam encaradas somente como parte burocrática e normativa do local de trabalho, pois é preciso compreender a importância do relato dos cuidados prestados, visto também

como as dificuldades que poderão ser ocasionadas pelo não preenchimento correto desses prontuários a respeito da assistência prestada.

Observou a necessidade de realizar uma educação continuada ou reuniões periódicas com toda a equipe de enfermagem, visando melhorar a qualidade dos relatórios e consequentemente um respaldo hospitalar ao paciente.

7. REFERÊNCIAS

ANAHP. **Manual Melhores Práticas LGPD**. Disponível em: https://www.anahp.com.br/pdf/manual-melhores-praticas-lgpd.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada**- RDC nº 17, de 16 de Abril de 2010. Disponível em:< www.anvisa.gov.br/legis> Acesso em: 16 dez. 2020

AQUINO, Maria de Jesus Nascimento de et al. **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 9, n. 1, jul. 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1314>. Acesso em: 07 jun. 2021.

ARAUJO, Mayara; DINIZ, Samanta; SILVA, Paulo. **Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar**. ABCS Health Sciences. 42. 161-165;2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321732934_Registros_de_enfermagem_reflexoes_sobre_o_cotidiano_do_cuidar> Acesso em Abril 2020

BARRETO, Jaciara Almeida; LIMA, Gilberto Gonçalves; XAVIER, Camila Fernanda. **Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Divinópolis MG: jan/abr.2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/917> Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL, LEI 13787 de 27 de dezembro de 2018. **Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13787.htm acesso em: abr. 2021

BEZERRA, Maria Selene**. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde.** Meta: Avaliação | Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, jan./abr. 2009. Disponível em: https://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/12/7 Acesso em: abr. 2020

BRAGAS, Luciane ZambardaTodendi de. **A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde**: estudo em hospital na região Noroeste do RS. Porto Alegre RS: Repositório Digital**,** UFRGS**,** 2015. Disponível em:<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130291>Acesso em: 27 abr. 2019.

CAMPEDELLI, M. C. et al. Processo de enfermagem na prática. SãoPaulo: Ática, 1989.

CAMPOS, Greyce Silva. **Registros de enfermagem: sua importância para a equipe e para o paciente.** Porto Alegre, RS: s.n, 2016. <Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2016/34393/34393-904.pdf> acesso em: 20 abr. 2021.

COFEN. **Resolução COFEN-429/2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>Acesso em: 10 maio 2019.

DUTRA, Herica Silva et al. **Registros de enfermagem em um hospital de ensino: estudo quase-experimental**. Online braz. j. nurs.(Online), p. 351-360, 2016.

FERREIRA, Marilaine M.; JACOBINA, Fernanda M. Barberino; ALVES, Fernanda da Silva. **O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos**. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/LUCIANO/Downloads/208-1359-2-PB.pdf> Acesso em Abril 2021

FRANÇOLIN, Lucilena; BRITO, Maria de Fátima Paiva; GABRIEL, Carmen Silva; MONTEIRO, Taísa Melo; BERNARDES, Andrea. **A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados.** Rio de Janeiro RJ: Revista Enfermagem UERJ, v. 20, n. 1, p. 79-83, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981> Acesso em: 21 abr. 2019.

FRANCO, Maria Teresa Gomes; AKEMI, Elizabeth Nishio; D´INOCENTO, Maria. **Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica.** São Paulo: Acta paul. enferm., v. 25, n. 2, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002012000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10 maio 2019.

GERHARDT, Tatiana; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). **Métodos de pesquisa** UAB/UFRGS. Porto Alegre RS: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em 19 abr. 2019.

LABBADIA, Lilian Lestingi; ADAMI, Nilce Piva. **Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário**. Acta Paul Enferm., v. 17, n. 1, p. 55-62, jan. 2004. Disponível em: <https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-2100200400017000587/1982-0194-ape-S0103-2100200400017000587.pdf> acesso em abr. 2021

MATIELO, Fabrício Zamprogna. **Responsabilidade civil do médico**. 4. ed. São Paulo SP: LTr, 2014. Disponível em: <http://www.ltr.com.br/loja/folheie/5127.pdf> Acesso em: 12 abr. 2019.

PIMENTA, Ariane Silva Paulino. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico em um hospital oncológico**. 2016. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/D.7.2017.tde-12052017-124204. Acesso em: maio 2021.

PRÓ-SAÚDE. **Cartilha sobre a boas práticas lei geral de proteção de dados (LGPD)**. Disponível em: https://www.prosaude.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Pro-Saude-Ebook-Lei-Geral-de-Protecao-de-Dados.pdf. Acesso em 10: set. 2021.

RODRIGUES, K. F. et al. **Análise dos registros de enfermagem do ambulatório de uma maternidade escola.** Rio de Janeiro, 2016.

SANTANA, Leandra Carvalho; ARAÚJO, Taise Carneiro. **Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários**. Revista Acreditação: ACRED, v. 6, n. 11, p. 59-71, 2016. Disponível em < https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5602115> Acesso em abril de 2021.

SANTOS, W. N.**Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação**. JMPHC | Journalof Management &Primary Health Care, v. 5, n. 2, p. 153-158, 17 jul. 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210/213>Acesso em abr. 2021

LOPES, Adriane; TRINDADE, Beatriz Maria da Silva. **Importância das Anotações de Enfermagem no Processo de Auditoria**. Revista InterSaúde, v. 1, n. 1, p. 47-58, 2019. Disponível em: <http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/106 > acesso em abril. 2021

SETZ, Vanessa Grespan; D'Innocenzo, Maria. **Avaliação de qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria.** São Paulo SP: Acta Paul Enfermagem: 2009;22(3):313. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf> Acesso em: 28 abr. 2019

SILVESTRE, António Luís. **Análise de dados e estatística descritiva**. Escolar editora, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Alguns temas no desenvolvimento de uma pesqu**isa In: Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o Marxismo.São Paulo SP: Atlas, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-23112014000300601000039&lng=en> Acesso em: 14 abr. 2019.

ANEXO A

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS UNIDADE PASSOS

UEMG - UNIDADE PASSOS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Pesquisador: Mariana Gondim Mariutti Zeferino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19548019.1.0000.5112

Instituição Proponente: FUNDACAO EDUCACIONAL COMUNITARIA DE S S PARAISO MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.664.021

Apresentação do Projeto:

O prontuário hospitalar é o documento utilizado para relatar a evolução da pessoa assistida durante o período de internação, no qual encontra-se os dados fornecidos pelo paciente ou pelo seu responsável legal que se fazem importante, pois são através deles que são traçados os planos terapêuticos e de reabilitação, direcionando o cuidado a ser prestado para com esse paciente. O registro de enfermagem é uma das maneiras de provar o trabalho realizado pela equipe de enfermagem e indica a qualidade da assistência. O presente estudo tem por objetivo identificar a qualidade dos registros de enfermagem a partir de prontuários de um hospital de um município do interior de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva de abordagem quantitativa. De acordo com dados prévios levantados na instituição, existe um fluxo de 800 altas hospitalares em média por mês, a amostra será constituída pelos prontuários que tiveram alta do dia primeiro ao dia 10 do mês de outubro de 2019, sendo assim a amostra será de aproximadamente 260 prontuários, os quais serão avaliados do dia 01 de novembro a dia 25 de dezembro através de um formulário contendo um check list com as variáveis: a checagem nas prescrições, terminologia correta, letras ilegíveis, erros de ortografia, uso de corretivos, espaços em branco, assinatura e carimbo da enfermagem. Os dados serão registrados em planilha no programa Excel e submetidos a análise estatística descritiva simples.

Endereço: Rua Dr Carvalho 235, Bloco I, entrada B, 2º piso, sala 213
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 37.900-106
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-6056 **E-mail:** cep.passos@uemg.br

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a qualidade dos registros de enfermagem a partir de prontuários de um hospital do interior de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Identificar a checagem nas prescrições, terminologia correta e letras ilegíveis; Identificar erros de ortografia, uso de corretivos, espaços em branco e

assinatura e carimbo da enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora cita como riscos a identificação pelo pesquisador de paciente ao qual o prontuário pertence, mas que será amenizado pela garantia do sigilo.

Quanto aos benefícios descreve como Identificar possíveis falhas nos registros de enfermagem em prontuários para trazer aos profissionais a importância do registro e anotações de forma adequada e o que pode ocasionar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem relevância no âmbito hospitalar e com o objetivo possível de ser alcançado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou corretamente a autorização para realizar a pesquisa no hospital e como a pesquisa será documental e em prontuário foi apresentada a solicitação a este comitê para a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Os demais termos foram apresentado na Plataforma

Recomendações:

vide comentários e considerações sobre a pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Verificar os comentários e recomendações acima

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_917266.pdf	15/10/2019 19:11:16		Aceito

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS UEMG UNIDADE PASSOS

UEMG - UNIDADE PASSOS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 3.664.021

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_917266.pdf	15/10/2019 18:49:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/10/2019 20:38:38	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Cronograma	Cronograma_doc.docx	14/10/2019 20:38:02	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Outros	Intrumento_coleta.pdf	02/10/2019 20:13:01	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Outros	Carta_aceite.pdf	13/08/2019 21:10:54	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	13/08/2019 21:09:48	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	13/08/2019 21:09:16	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PASSOS, 26 de Outubro de 2019

Assinado por:
Walisete de Almeida Godinho Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr Carvalho 235, Bloco I, entrada B, 2º piso, sala 213
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 37.900-106
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-6056 **E-mail:** cep.passos@uemg.br

APÊNDICE A

CHECKLIST	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
Checagem nas prescrições			
Terminologias corretas			----
Letras ilegíveis			----
Erros de ortografia			----
Uso de corretivos, espaços em branco			----
Assinatura e carimbo da enfermagem			

Quadro 1: Tópicos avaliados nos prontuários da Instituição. São Sebastião do Paraíso, 2020.