

Avaliação dos Registros de Enfermagem de Pacientes Internados na Clínica Médica de um Hospital Universitário do Norte do Estado de Minas Gerais

Assessment of Nursing Records of Patients Admitted to the Medical Clinic of a University Hospital from the Northern Region of *Minas Gerais* State

Evaluación de los Registros de Enfermería de los Pacientes Ingresados en la Clínica Médica de un Hospital Universitario en el Norte del Estado de Minas Gerais

Tamara Figueiredo¹; Patrick Leonardo Nogueira da Silva^{2*}; Larissa Freitas Guimarães³; Camilla Freitas Guimarães⁴; Maricy Kariny Soares Oliveira⁵; Elaine Cristina Santos Alves⁶

Como citar este artigo:

Figueiredo T, Da Silva PLN, Guimarães CF, *et al.* Avaliação dos Registros de Enfermagem de Pacientes Internados na Clínica Médica de um Hospital Universitário do Norte do Estado de Minas Gerais. Rev Fund Care Online.2019.11(n. esp):390-396. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.390-396>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to assess the nursing records of patients hospitalized in the medical clinic of a university hospital from the Northern region of *Minas Gerais* State. **Methods:** It is a descriptive, retrospective, and documental study that has a quantitative approach. The study was carried out with 189 medical records of patients hospitalized in the medical clinic of a university hospital over the period from July to December 2012. Data collection was performed through a form, and data handling was done by simple random probabilistic sampling. **Results:** It was observed both minimum and maximum hospitalization time of one and 97 days (19.58 ± 13.65), respectively. There has been a prevalence of conformities in the nursing records, as follows: bed, descriptive annotation, date and time, presence of rubric and stamp of the professional, admission, hospital discharge and/or death, check and legible handwriting. **Conclusion:** The presence of divergences observed in the nursing records compromises the registration functionality as a quality instrument.

Descriptors: Nursing Records, Quality Control, Nursing Audit.

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica, Mestranda em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: elainecristinaenf@gmail.com

² Enfermeiro, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Faculdade de Guanambi/FG, Guanambi (BA), Brasil. E-mail: patrick_moces70@hotmail.com

³ Enfermeira da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: larissafreitasg@hotmail.com

⁴ Enfermeira da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: camillafreitasg@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Doutora em Ciência da Educação com ênfase em Psicanálise, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: marykaso@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: elainecristinaenf@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar os registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do Estado de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado com 189 prontuários de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário durante o período de julho a dezembro de 2012. Utilizou-se um formulário como instrumento de coleta de dados. O tratamento dos mesmos se deu por meio de amostragem probabilística aleatória simples. **Resultados:** Observou-se tempo de internação mínimo e máximo de um e 97 dias ($19,58 \pm 13,65$), respectivamente. Houve prevalência das conformidades nos registros de enfermagem, sendo estas: leito, anotação descritiva, data e horário, presença de rubrica e carimbo do profissional, admissão, alta e/ou óbito, checagem e letra legível. **Conclusão:** A presença de não conformidades observadas nos registros de enfermagem compromete a funcionalidade do registro como instrumento de qualidade.

Descritores: Registros de Enfermagem, Controle da Qualidade, Auditoria de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar registros de enfermería de pacientes ingresados en la clínica médica de un hospital universitario del norte de Minas Gerais. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, documental, con un enfoque cuantitativo, realizado con 189 registros de pacientes ingresados en la clínica médica del hospital durante el periodo de julio a diciembre de 2012. Fue utilizado un formulario como herramienta de recolección de datos. El tratamiento de ellos fue por muestreo aleatorio simple probabilidad. **Resultados:** Hubo una longitud mínima de la estancia y el máximo de uno y 97 días ($19,58 \pm 13,65$), respectivamente. Había prevalencia de conformidades en los registros, que son: la cama, la anotación descriptiva, fecha y hora, la presencia de la línea y profesional sello, admisión, descarga y/o la muerte, la comprobación y legible. **Conclusión:** La presencia de los incumplimientos observados en los registros se encarga de la función de registro como un instrumento de calidad.

Descriptorios: Registros de Enfermería, Control de Calidad, Auditoria de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da sua atuação, pois são através das informações escritas que se refletem o cuidado e todo o atendimento prestado durante a internação. Além disso, os registros de enfermagem têm valor não somente como fonte de investigação, mas também como instrumento de educação e documento legal.¹ A auditoria é de grande relevância para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada, sendo através dos registros a principal forma de avaliação desse cuidado, uma vez que é os registros das informações acerca do cliente no prontuário o principal modo de comunicação entre os demais membros da equipe de saúde.²

Existe atualmente uma série de Organizações que praticam a avaliação global da qualidade da saúde em instituições, por exemplo, *International Organization for Standardization* (ISO) e a Organização Nacional de Acre-

ditação (ONA), além de comissões internas que possibilitam a execução da avaliação. A comissão da auditoria em enfermagem é responsável por atuar em vários hospitais sistematizando e monitorando os registros.³

Ao enfermeiro auditor compete a garantia da qualidade da assistência prestada ao usuário, proporcionando-lhe confiabilidade e segurança nesta relação; viabilizar economicamente a empresa; efetuar levantamento dos custos assistenciais para determinar metas gerenciais e subsidiar decisões do corpo diretivo da empresa; fazer provisão e adequação dos materiais utilizados; conferir a correta utilização/cobrança dos recursos técnicos disponíveis; educar a operadora e os prestadores de serviços; proporcionar um espaço de diálogo permanente entre o prestador e a empresa e prestador/empresa/usuário.⁴

Estudos apontam que, em relação à qualidade dos registros de enfermagem, esse consiste em um dos campos mais deficientes do processo da assistência de enfermagem no Brasil, pois mesmo havendo o reconhecimento dos enfermeiros quanto a sua importância, o registro adequado encontra várias limitações, sendo as principais: insuficiência de recursos humanos; sobrecarga de trabalho para a equipe; falta de tempo hábil para registrar detalhadamente a assistência proporcionada; e até mesmo o desconhecimento da importância devido à escassez de educação continuada/permanente.^{5,6}

Portanto, este estudo objetivou avaliar os registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica (CM) de um hospital universitário do norte do Estado de Minas Gerais (MG).

MÉTODOS

Artigo da monografia intitulada “Avaliação dos registros de enfermagem de um hospital de ensino” apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES. Montes Claros (MG), Brasil. 2013.

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital Universitário Clemente de Farias da Universidade Estadual de Montes Claros (HUCF/UNIMONTES), localizado na cidade de Montes Claros, MG. A amostra do estudo foi composta por 189 prontuários de pacientes internados na CM A do referido hospital. Dos prontuários captados para o estudo, foi analisado um total de 5.217 registros.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo: prontuários de pacientes internados no setor de CM durante o período de julho a dezembro de 2012. Após o levantamento de todos os prontuários, foi totalizado 289 prontuários como o universo da pesquisa. Após cálculo amostral foi definido 189 prontuários para amostragem.

A CM A conta com 32 leitos em sua infraestrutura, apresenta sete técnicos de enfermagem que trabalham em plantões de 12/60 horas, possui um enfermeiro gerencial com jornada de trabalho de 40 horas semanais, e mais três enfermeiros assistenciais, sendo que dois deles trabalham em escala de 6x1, um no turno matutino e outro no turno vespertino, e o outro no plantão noturno.

Foi enviada uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à Direção Clínica do HUCF/UNIMONTES, para autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa e a mesma assinou o TCI de modo a autorizar a realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2013, durante o mês de setembro, pelo pesquisador responsável sob supervisão do responsável do setor.

Para cálculo amostral dos prontuários, os mesmos foram tratados por meio de amostragem probabilística aleatória simples. O intervalo de confiança estipulado foi de 95% (IC95%), o p-valor adotado foi 50%, pois não havia diferenças esperadas entre os prontuários, e o erro de estimação permitido foi de 5% (grau de sensibilidade) para mais ou para menos ($p < 0,05$).

Foi utilizado um formulário de elaboração própria como instrumento de coleta de dados, composto por dados de identificação e itens de classificação dos registros baseado nas linhas gerais consideradas no referencial teórico e legislação referida e pesquisas de mesma temática já realizada e validada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de MG.⁷⁻⁹

As variáveis analisadas por meio do formulário foram: dados de identificação do paciente; anotações descritivas do cliente; data, horário, rubrica e carimbo em cada anotação; anotação descritiva de admissão, transferência, e alta e/ou óbito; medicações não checadas; medicações não rubricadas; registro de sinais vitais (SSVV); legibilidade, espaços; rasuras; formas de correção.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 18.0, Windows for Windows. Os mesmos foram tabulados e representados em tabelas elaboradas por meio do programa Microsoft Excel®, Windows for Windows, versão 2010. A análise estatística foi realizada através da representação de frequências absolutas e percentuais, bem como de medidas de tendência central e medidas de dispersão.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.¹⁰ O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), via Plataforma Brasil, sob o parecer substanciado nº 249.984/2013, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 12842313.1.0000.5146.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que, durante a internação do paciente na CM, o paciente permanece no ambiente hospitalar por um tempo mínimo de 24 horas. Durante este período, o paciente encontra-se em observação para monitoramento clínico de algum sintoma conforme a queixa apresentada. Após este período, caso haja novos dados clínicos para investigação, o mesmo é internado. Em caso de estabilidade da queixa durante o período de 24 horas, o paciente recebe alta hospitalar. Com relação ao tempo máximo de internação, houve pacientes que se apresentaram hospitalizados por 97 dias (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Tempo de internação dos pacientes internados na CM do HUCF/UNIMONTES. Montes Claros, 2013.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP	IC (p-valor)
Tempo de internação (dias)	01	97	19,58	±13,95	p = 0,005

Fonte: SAME.

DP = Desvio Padrão, IC = Intervalo de Confiança.

Todos os registros apresentavam dados de identificação do paciente, de modo a estarem em conformidade. O registro foi considerado dentro da conformidade por meio da apresentação da anotação do número em cada folha de prescrição médica. Esta anotação não foi verificada nas anotações de enfermagem, uma vez que, no cabeçalho desta não existe este item para anotação. Das anotações analisadas, 66,85% não estavam dentro dos padrões.

Em relação à identificação do leito, 70,30% estavam em conformidade. Todos os registros continham data, hora e anotações descritivas do paciente, entretanto não foi observado um modelo padrão de anotação. Dos prontuários analisados, 56,1% tinha algum dos seus registros com rubrica. Ao final da análise foram contabilizadas 3,8% anotações sem rubrica. Foi observado que em 81,5% dos prontuários não tinha seus registros com carimbo. Ao final da análise, contabilizaram-se 14,52% das anotações e/ou procedimentos sem carimbo.

Na investigação, a admissão dos pacientes de 96,3% dos prontuários estava em conformidade. No quesito transferência, 48,7% tiveram transferências realizadas, 2,1% não foi anotado e 49,2% entraram direto para a referida clínica. Dessas anotações, a anotação de alta e/ou óbito constava em 94,7%. Em 55,6% dos registros analisados, observou-se conformidade nas medicações checadas. Salienta-se que foram contabilizadas 198 medicações não checadas. Dos 2.762 registros de medicamentos suspensos, apenas 822 foram justificados.

As rasuras não são viáveis, porém são permitidas desde que sigam as orientações específicas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 191, de 31 de maio de 1996, como forma de correção.¹¹ Das rasuras encontradas, apenas 18,71% (n=64) estavam conforme preconiza o COFEN. A letra legível foi observada em 82% das anotações (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Perfil de conformidade das anotações dos registros de pacientes internados na CM do HUCF/UNIMONTES, Montes Claros, 2013. (n=5.217).

Variável	Conformidade		Não conformidade	
	n	%	n	%
Número do registro (prescrição médica)	1.729	33,15	3.488	66,85
Identificação do Leito	3.667	70,30	1550	29,70
Anotação descritiva do paciente	5.217	100,0	-	-
Data e horário do atendimento	5.217	100,0	-	-
Rubrica do profissional (anotações e/ou procedimento checado)	5.021	96,20	196	3,8
Carimbo do profissional (anotações e/ou procedimentos)	4.459	85,48	758	14,52
Admissão do paciente	5023	96,28	194	3,72
Transferência não realizada	110	2,10	5.107	97,9
Transferência realizada	2.539	48,66	2.678	51,34
Transferência não se aplica	2.568	49,22	2.649	50,78
Alta e/ou óbito	4.940	94,70	277	5,30
Medicação checada	2.898	55,54	2.319	44,46
Medicação suspensa com justificativa	822	29,76	1.940	70,24
Presença de rasura	64	18,71	278	81,29
Letra legível	4.278	82,01	939	17,99

Fonte: SAME.

*Dos 189 prontuários analisados, foram encontrados apenas 2.762 registros de medicações suspensas.

**Dos 189 prontuários analisados, foram encontrados apenas 342 registros de rasuras.

As principais formas encontradas de correção utilizadas pelos profissionais nas anotações com rasura foi o uso de “parênteses” e “aspas”, 5,26% cada; uso do termo “digo” (44,74%); e “riscar a anotação errada” (50%). Nos 189 prontuários pesquisados foram encontrados 582 espaços entre as anotações. Estes foram caracterizados como linhas brancas entre uma anotação e outra. Foram encontrados, em não conformidade, 474 registros de SSVV (pressão arterial [PA], frequência cardíaca [FC], frequência respiratória [FR], temperatura axilar).

Tabela 3 – Principais formas de correção e falhas de anotação detectada nos prontuários dos pacientes da CM, Montes Claros (MG), Brasil. (n=5.217).

Variáveis	Conformidade		Não conformidade	
	n	%	n	%
Formas de correção de anotações com rasura				
Uso de parênteses	340	99,42	02	0,58
Uso de aspas	340	99,42	02	0,58
Uso do termo “digo”	325	95,03	17	4,97
Riscar a anotação errada	323	94,45	19	5,55
Espaços entre as anotações (linhas brancas)	4635	88,84	582	11,16
Registros de SSVV	4743	90,92	474	9,08

Fonte: SAME.

SSVV = Sinais Vitais.

*Dos 189 prontuários analisados, foram encontrados apenas 342 registros de rasuras.

A análise do período de internação indica que o índice médio de internação nesta CM é alto (19,58 dias), quando comparado com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), em que o tempo de permanência médio de internação, no período de estudo na respectiva cidade foi de

6,3 dias e no Estado de MG foi de 6,8 dias.¹² O aumento no tempo de permanência gera maior número de anotações no prontuário possibilitando também o incremento no número de não conformidades nos registros.

Os dados de identificação do paciente e folhas de registro são de extrema importância para não haver troca de tarefas e medicamentos entre os pacientes. Um exemplo disso é o serviço da farmácia neste hospital, que necessita que todas as prescrições medicamentosas estejam devidamente identificadas para dispensação correta de materiais e medicamentos, e lançamento de dados nas contas hospitalares, evitando glosas. Nesse item, 100% dos registros continham o nome do paciente, 33,15% o número do registro, 29,7%, o número do leito. Estes dois últimos dados são alarmantes, visto que a ausência do registro interfere diretamente no reconhecimento do paciente, podendo gerar eventos adversos, como a troca de medicamentos e cuidados entre os mesmos.

Ressalta-se por ser um hospital escola, onde o fluxo de acadêmicos e profissionais responsáveis por estes registros é alto, gerando maior volume e manipulação excessiva, podendo levar a riscos de perdas e extravios de informações, corroborando, assim, com outro estudo realizado em hospital escola em João Pessoa, Paraíba (PB), na qual foi encontrado dados semelhantes.¹³

Percebeu-se que em 100% dos registros havia data, horário, e pelo menos uma anotação por turno. Tal achado se caracteriza como um avanço no serviço, visto que um estudo realizado anteriormente no referido hospital constatou que, 96,8% dos registros encontrava-se com data e 90,5% com horário.⁹ Em comparação com outras instituições do país, houve divergência com um estudo realizado em um hospital escola no interior paraense, uma vez que maior parte dos registros analisados não continham data e hora.¹⁴

Os resultados comprovam a sensibilização dos profissionais de enfermagem da importância de tal informação, considerando que o registro constitui um instrumento para gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento realizada pela equipe de enfermagem.¹⁵ Estudos realizados em um hospital-escola de médio porte do interior paraense tinham 31,5% (n=23) de seus registros rubricados, em comparação, a prática do registro rubricado na instituição pesquisada é superior, alcançando cifras de 56,1% (n=106).¹⁴

O COFEN, em sua Resolução nº 191/96, determina que a equipe de enfermagem deva se identificar após cada registro utilizando nome, categoria e número do registro no COREN, presentes no carimbo do profissional.¹¹ Porém, nos registros observados, falta o hábito do uso do carimbo (81,5%) e assinatura e/ou rubrica (43,9%). Estes dados trazem preocupação e exigem intervenções rápidas junto à equipe considerando a importância ético-legal da identificação profissional nos registros, uma vez que é obrigação do profissional assinar os registros imediatamente após a última frase de cada um deles.

Ressalta-se que o fato de alguns profissionais não se identificar corretamente ao realizar os registros nos prontuários pode ocasionar, em caso de ações jurídicas, prejuízos tanto

a instituição quanto aos trabalhadores e clientes. O Código Penal Brasileiro, em seu Art. 299, classifica a omissão de informações em documento público ou particular como “falsidade ideológica”.¹⁶

Houve anotação descritiva de admissão em 96,3% dos prontuários. Atenta-se para o fato que não existe uma anotação padrão adotada pela referida clínica, encontrando-se desde anotações incompletas, às mais completas como condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.); presença de acompanhante ou responsável; condições de higiene; queixas relacionadas ao motivo da internação; procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de SSVV, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.); orientações prestadas, como preconizado pelo COFEN nº 191/1996.¹¹

Estudos e normas de gestão da qualidade atentam para a importância da padronização das tarefas por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) visando o estabelecimento das diretrizes para o controle e melhoria contínua da qualidade.¹⁷

É sabido que o registro da realização de transferência é importante para a equipe multidisciplinar conhecer os cuidados prestados anteriormente, garantindo a continuidade da assistência. Do total de pacientes da pesquisa, 48,7% foram transferidos para a referida clínica, 49,2% entraram diretamente, e em 2,1% não foi registrada a entrada.

Foi constatado que 94,7% dos prontuários com anotações referentes à alta e/ou óbito, demonstrando índices semelhantes aos dados obtidos em pesquisa realizada no hospital universitário regional de Maringá¹⁷ que descreveram 85,8%. No entanto, os registros do referido estudo não apresentavam todos os itens que deveriam constar na anotação, tais como estado geral do paciente, nível de consciência, se estava com acompanhante, se deambulava, entre outras informações importantes.¹⁸ Destarte, semelhante com este estudo, pesquisa realizada em hospital escola de Ribeirão Preto, São Paulo, identificou que as anotações de alta não são preenchidas corretamente em pequena porção das anotações.¹⁹

Quanto à terapêutica medicamentosa, observou-se elevado percentual 70,1% de inexistência de registros de justificativas de não administração dos medicamentos prescritos em hospital escola de Londrina, Paraná (PR),²⁰ dados similares a este estudo, onde foram encontradas 70,23% dos medicamentos suspenso e não justificado.

Estes achados são preocupantes e inaceitáveis quando se tornam frequentes, pois coloca em risco a terapêutica instituída. Legalmente e eticamente, se um medicamento foi preparado, mas não foi possível ser administrado, deveria haver uma anotação de enfermagem indicando qual outro motivo que levou a não administração do medicamento. Observou-se que as situações mais comuns para circular medicamentos prescritos foram: falta na farmácia, paciente ter relatado alergia ao medicamento ou recusa da terapia medicamentosa. Isto pode ser justificado que no referido

hospital não existem normas específicas para checagem, evidenciando que profissionais não obedecem às normas do COFEN.¹¹

Outro item investigado neste estudo foi a mensuração dos SSVV, procedimento que é preconizado no hospital ao menos um registro por turno. Foram contabilizados 474 registros não realizados por turno no total dos 189 prontuários, o que significa dizer que em cada prontuário há falta de 2,5 anotações de SSVV por turno.

Os resultados demonstraram que há o hábito de verificar a PA e temperatura corporal, sem verificação de pulso e FR. 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, FR e PA.²¹

Houve uma grande quantidade de rasuras neste estudo, demonstrando fragilidade nos registros enfermagem na instituição pesquisada. Entretanto, quando comparado a estudo similar realizado, observou-se 41 rasuras em 71 anotações.¹⁴ Percebe-se que os valores encontrados assemelham-se com a realidade de muitas instituições.

Percebe-se que houve aumento de anotações de enfermagem com letra ilegível de 12,6%,⁹ para 18% nesta pesquisa. Desse modo, considera-se prevalência significativa de letra legível, consistindo em um dos principais aspectos a ser considerado em qualquer documentação, visto que pode resultar em prejuízos ao cliente, ao profissional e à instituição.

Houve um aumento considerável de espaços em branco nas anotações dos técnicos de enfermagem, quando consideramos estudos anteriores na mesma instituição pesquisada de 15 em 241 prontuários,⁹ para 582 em 189 prontuários. Isso demonstra que os profissionais devem ter pouco conhecimento ou não o estão aplicando no trabalho, sobre o recomendado pela literatura e POP da instituição, ou seja, espaços em branco podem propiciar inclusão de informações inverídicas, resultando no comprometimento dos processos de apuração legal ou ética.

Apesar de este ser um dos itens mais enfatizados no ambiente escolar, quando se aborda o tema registros, muitos profissionais desconsideram os riscos que falhas desse tipo podem provocar e, insistem em deixar grandes espaços em branco. Nesse aspecto, ressalta-se a importância do aspecto legal dos registros, não sendo permitido, portanto, rasuras nem espaços em branco entre as anotações.¹¹

Em comparação ao estudo realizado com registros da mesma instituição,⁹ verificou-se um avanço no número de correções que passou de 13 para 17. É interessante ressaltar que uma das formas de correção utilizada foi a expressão corretiva “digo”, compatível com o preconizado pelo COFEN.¹¹

A ilegibilidade da letra, encontrada em 18% (n=34), constitui desrespeito ao cliente, a quem pertence o prontuário e ao próprio trabalho em equipe na medida em que induz a erros e desvios, caracterizando falta de compromisso e zelo dos profissionais com a comunicação dentro da instituição,

por desfavorecer processos administrativos, clínicos, legais, de ensino e pesquisa.

Quando o prontuário está corretamente preenchido com letra legível e assinado, torna-se a principal peça de defesa da equipe, nos casos de denúncia de atendimento comprometido por indícios de imperícia, imprudência ou negligência. A Resolução do COFEN nº 311, de 8 de fevereiro de 2007, reforça que é dever de todo pessoal de enfermagem manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quando se relacionar com o doente e com a enfermagem.²²

CONCLUSÕES

Neste estudo, parte dos registros encontra-se em conformidade com as normas do COREN-MG, porém cabe ressaltar que alguns itens merecem atenção por parte da equipe de Supervisão de Enfermagem, como a anotação do número do registro e leito, o uso do carimbo, padronização da anotação de admissão e alta e/ou óbito, o registro da justificativa de não administração dos medicamentos prescritos, e padronização de checagem de medicamentos.

De forma geral, percebe-se a necessidade de melhorar a qualidade dos registros de enfermagem, com informações mais completas e que realmente tragam dados sobre os cuidados que foram realizados com o paciente. Isto permitirá que os registros efetuados sejam parâmetros confiáveis para o alcance de níveis de excelência assistencial.

Fazem-se necessárias investigações para identificar quais fatores ou condições atuam como dificultadores do registro de enfermagem no cenário deste estudo, a fim de realizar investimentos em educação continuada e permanente. Esforços devem ser envidados pela instituição e pela equipe de enfermagem na busca de regularizar seu processo de registros e comunicação multiprofissional, adotando, por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem em toda sua plenitude e complexidade, para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos usuários; treinamentos pela equipe de Educação Continuada; e monitoramento contínuo das anotações por meio da Auditoria de prontuários.

REFERÊNCIAS

1. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 jun 1];22(3):313-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>
2. Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev Rene* [Internet]. 2009 [cited 2013 jun 1];10(3):90-6. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/541/pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. História da auditoria em saúde. Brasília: SNA/DENASUS, 2013. Available from: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>
4. Silva MVS, Silva LMS, Dourado HHM, Nascimento AAM, Moreira TMM. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 jun 1];65(3):535-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a21.pdf>
5. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 [cited 2013 jun 1];20(1):79-83. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763>
6. Maziero VG, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Vituri DW, Tada CN. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2013 jun 1];17(1):165-70. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>
7. Minas Gerais. Conselho Regional de Enfermagem. Deliberação nº 135, de 10 de outubro de 2000. Normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais para ações que constituem a documentação da enfermagem. Belo Horizonte: COREN/MG, 2000. Available from: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Delibera%C3%A7%C3%A3o+COREN-MG-135-2000.+Documenta%C3%A7%C3%A3o+da+enfermagem.pdf/08fed728-0c24-4944-9795-6078efdcbab3>
8. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2003 [cited 2013 jun 1];11(2):184-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a07.pdf>
9. Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 jun 1];16(2):188-93. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/518>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 191, de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Brasília: COFEN, 1996. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1911996-revogou-resolucao-cofen-1751994_4250.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. Internações hospitalares do SUS por local de internação. Brasília: DATASUS/SIH, 2013.
13. Rufino GP, Gurgel MG, Pontes TC, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2012 [cited 2013 jun 1];10(4):291-7. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>
14. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2013 jun 1];8(3):415-42. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7080/5011>
15. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registros no prontuário. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2003 [cited 2013 jun 1];11(1):80-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>
16. Brasil. Ministério Público. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Art. 299 do Código Penal. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Brasília: MP, 1940.
17. Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 jun 1];16(6):966-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_05.pdf
18. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 jun 1];61(5):570-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a07v61n5.pdf>
19. Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público [Tese].

- 250 fl. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>
20. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2004 [cited 2013 jun 1];17(1):55-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v17n1/a6v17n1.pdf>
21. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2007 [cited 2013 jun 1];9(2):344-61. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7165/5074>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>

Recebido em: 16/03/2017
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 19/04/2017
Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**
Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Avenida Pedro Felipe Duarte ,4911
São Sebastião, Guanambi, BA, Brasil
E-mail: patrick_mocesp70@hotmail.com
Telefone: +55 38 9 9131-2287
CEP: 46.430-000