

AUDITORIA OPERACIONAL: NÃO CONFORMIDADES EM REGISTROS DE ENFERMAGEM

FERNANDA MARQUES DA COSTA¹, ALEX OLIVEIRA RODRIGUES²

1 - Filiação: Mestre em Ciências da Saúde. Docente das Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte e Universidade Estadual de Montes Claros – MG, Brasil.

2 – Filiação: Graduado em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte, Montes Claros, MG, Brasil

RESUMO:

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo e documental de abordagem quantitativa. Tendo como objetivo identificar as não conformidades presentes nos prontuários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital no norte de Minas Gerais. A coleta de dados se realizou através da auditoria operacional nos prontuários confeccionados no mês de março de 2014. Foi diagnosticado que os percentuais de não conformidade nos registros de enfermagem são de 100%, sendo 80% nas anotações de enfermagem e 97% nas evoluções clínicas de enfermagem. Por fim pode-se concluir que é recomendável a utilização de auditoria operacional e retrospectivamente e treinamento de toda a equipe para melhorar a qualidade dos registros de enfermagem.

Palavras-chave: auditoria de enfermagem; registro de enfermagem; enfermagem.

ABSTRACT: This research is characterized as a descriptive and documentary study with a quantitative approach. The objective was to identify non-conformities present in the records from a Neonatal Intensive Care Unit and Pediatric ward in a hospital in northern of Minas Gerais. The data collection was done through an operational audit of the records made on May 2014. It was diagnosed that 100% of nursing prescriptions non-conforming, 80% on nursing notes and 97% on evolution of nursing. It is recommend to use operational audit to retrain all nursing team to improve the quality of nursing records.

Key words: nursing audit; nursing records; nursing.

Autor responsável pela correspondência: Fernanda Marques da Costa: email: fernandafjff@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A auditoria pode ser entendida como um meio sistemático e formal de avaliar uma atividade por alguém que não esteja diretamente envolvido na sua execução, com a finalidade de analisar se a parte prática de instituição está sendo levada a efeito em concordância aos objetivos pré-estabelecidos constituindo-se num sistema de revisão e fiscalização, a fim de informar a administração sobre a eficiência e eficácia das atividades que estão sendo desenvolvidas⁽¹⁾.

Basicamente existem dois tipos de auditoria, a retrospectiva que é feita após a alta do paciente por meio da análise de prontuários e a operacional feita durante o período de hospitalização. Pode ainda ser classificada quanto a sua forma de ação (interna e externa); ao tempo (contínua e periódica); sua natureza (normal e específica) e ao limite um setor (total e parcial)⁽²⁾.

Atualmente a auditoria em enfermagem é exercida tanto em instituições públicas quanto privadas, mas se tem como objetivo além desta relação custo/benefício a redução dos recursos humanos, medicamentos, materiais e equipamentos. De forma que haja além de um desperdício relativamente menor uma qualidade e assistência melhores trazendo consigo benefícios para a instituição, para os pacientes e para a própria equipe de enfermagem⁽²⁾.

Trata-se de um instrumento importante para o processo transformador e crescente de todas as áreas de uma instituição na tentativa de adquirir o máximo das atividades de saúde planejadas e realizadas de forma planejada. O enfermeiro auditor de uma unidade hospitalar ou outras instituições é recrutado para melhorar e manter o serviço de qualidade o que torna a instituição competitiva no mercado de trabalho⁽³⁾.

O principal instrumento de um hospital para a

análise de auditoria de um paciente é o prontuário. Caracterizado como um documento único com as mais diversas informações relacionadas à saúde do paciente e a assistência a ele prestada e que ainda deverá ser executada. O prontuário médico é de suma importância para se analisar a evolução da doença, como para a defesa do profissional de saúde também servindo como uma fonte de informações assistenciais, gerenciais e legais que fundamentam a tomada de decisões, pode sustentar pesquisas de estudos clínicos, epidemiológicos ou administrativos. O prontuário é utilizado como instrumento de auditoria⁽¹⁾.

Embora carregue o nome de prontuário médico, o mesmo é utilizado por diversas especialidades e categorias profissionais no âmbito hospitalar. Cada uma em sua especificidade registra as informações, códigos, imagens responsáveis pela assistência prestada, fatos e acontecimentos relacionados ao paciente e sua profissão. Assim sendo, o prontuário UTI neonatal e pediátrico é alvo da análise médica, fisioterapeutas, e toda a equipe de enfermagem⁽⁴⁾.

A análise das evoluções de enfermagem bem como as anotações de técnicos de enfermagem constitui uma maneira significativa da avaliação da qualidade dos registros da equipe de enfermagem. Esse modelo de auditoria de prontuário permite a decisão de ações que a equipe deverá ainda tomar com o paciente. A auditoria do prontuário é extremamente importante para o hospital, o paciente e a equipe de enfermagem, devendo ser frequente para garantir qualidade.

Diante do exposto este estudo teve como objetivo verificar e caracterizar as não conformidades na elaboração dos prontuários de um serviço de UTI Neonatal e Pediátrico com ênfase para os registros de enfermagem contabilizando-as e identificando os principais erros. Esse estudo poderá servir de eixo norteador para treinamentos da equipe no sentido de otimizar a qualidade trabalho, reduzindo

os principais erros de registro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital público e universitário de médio porte no norte de Minas Gerais. Foram considerados os prontuários dos pacientes que estiverem internados na UTI Neonatal e Pediátrica entre os dias 01 e 30 de março de 2014. Estas unidades atualmente contam com uma equipe de 86 profissionais, sendo 10 Enfermeiros 42 Técnicos de Enfermagem. O pesquisador realizou diariamente a avaliação dos prontuários que foram confeccionados durante o período citado e coletaram dados referentes às não conformidades, com base nos critérios norteadores da auditoria de prontuários.

Dentre os modelos de auditoria, esta realizada se classifica: quanto ao método, como Operacional, pois ocorreu durante o período em que o paciente esteve hospitalizado; quanto à forma de intervenção, como Externa, pois os pesquisadores não possuíam vínculos com o serviço de auditoria da unidade hospitalar estudada.

Quanto ao tempo, como Periódica, já que se limitou ao estudo de um determinado período não possuído características de continuidade.

E, também quanto à natureza classificando-se como Específica já que visou obter dados especiais, que atendam a demanda momentânea; e quanto ao limite, como Parcial, visto que apenas o setor de UTI neonatal e pediátrica foi avaliado.

Os documentos selecionados para a análise foram: as prescrições de enfermagem, a anotação de enfermagem, as evoluções clínicas de enfermagem. Foram considerados conforme os impressos que respeitavam a frequência de elaboração determinada pelos órgãos e conselhos reguladores, como o COFEN, e que estavam devidamente preenchidos com:

- Frequência de elaboração - existência de pelo menos um documento por dia (24 horas) para cada prontuário analisado;

- Nome completo do paciente assistido;
- Registro da data em que foi confeccionado o documento;
- Registro de horário.
- Identificação do profissional (nome completo) – enfermeiro (a) e técnico(a) de enfermagem;
- Número de Registro no Conselho Profissional - Carimbo;
- Assinatura do Profissional responsável pela checagem - corresponde à confirmação pela equipe de enfermagem, especialmente os técnicos, da execução dos procedimentos e medicamentos prescritos.

Os dados foram tabulados utilizando o *software Microsoft Office Excel 2007* que viabilizou a análise descritiva e a organização de tabelas.

Ressalta-se que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes previamente à sua execução, sendo aprovado por meio do parecer nº3024/2011. O anonimato dos pacientes descritos nos prontuários foi preservado em todas as etapas da pesquisa observando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, de acordo com a CNS 466/12.

RESULTADOS

Durante a pesquisa foram analisados vinte e três prontuários de forma parcial, uma vez que a avaliação correspondia aos formulários especificamente escolhidos para o estudo proposto totalizaram 548 documentos. Dos quais 275 se referem às evoluções de enfermagem e 273 às anotações de enfermagem. O estudo identificou que de modo geral em 100% dos registros de enfermagem havia não conformidades de algum tipo. As particularidades de cada categoria analisada seguem conforme detalhado nas tabelas 1 e 2. As não conformidades em evoluções clínicas de enfermagem seguem (Tabela1).

Tabela 1: Incidência de não conformidades em evoluções clínicas de enfermagem em prontuários da UTI Neonatal de um Hospital Público e Universitário-MG, 2014. (n=548)

Critérios Avaliados	Conforme (n) %	Não Conforme (n) %
Frequência de Elaboração	265 (96,36)	10 (3,64)
Nome completo do paciente	171 (64,53)	94 (35,47)
Presença de data	262 (98,87)	3 (1,13)
Presença de horário	21 (7,92)	244 (92,08)
Assinatura do enfermeiro (a)	251 (94,72)	14 (5,28)
Nome completo do profissional	246 (92,83)	19 (7,17)
Nº Registro no Conselho Profissional	246 (92,83)	19 (7,17)

Faz-se saber que entre as 275 evoluções de enfermagem apresentaram 97% de não conformidade em seus registros. O item mais marcante das evoluções foi à presença de horário que obteve uma não conformidade significativa de 92,08%. O menor índice de não conformidades nas evoluções foi à presença de data. Esse item obteve uma porcentagem de apenas 1,13% de não conformidades.

Já as anotações de enfermagem apresentou uma porcentagem um pouco menor, ocorrendo 80% de não conformidade em seus registros, segue (Tabela 2).

Tabela 2: Incidência de não conformidades em anotações de enfermagem em prontuários da UTI Neonatal de um Hospital Público e Universitário-MG, 2014. (n=548)

Critérios Avaliados	Conforme (n) %	Não Conforme (n) %
Frequência de Elaboração	273 (100)	0 (0,00)
Nome completo do paciente	58 (21,25)	215 (78,75)
Presença de data	267 (97,80)	6 (2,20)
Presença de horário	272 (99,63)	1 (0,37)
Assinatura do técnico	267 (97,80)	6 (2,20)
Nome completo do profissional	259 (94,87)	14 (5,13)
Nº Registro no Conselho Profissional	258 (94,51)	15 (5,49)

Entre as 273 anotações de enfermagem analisadas teve como fato marcante a não conformidade significativa de 0,00% no item frequência de elaboração. Outros dados seguem baixo como a presença de horário com uma porcentagem de 0,37% de não conformidades e o item presença de data com não conformidade de 2,20%. Entretanto o item nome completo do paciente apresentou não conformidade em 78,75% (alto).

DISCUSSÕES

A análise dessa pesquisa permitiu a identificação e contabilização das não conformidades na elaboração dos prontuários do serviço de UTI Neonatal e Pediatria. De forma, como supracitado nos resultados, houve uma não conformidade em 100% em todos os registros da equipe de enfermagem.

O prontuário (papel ou eletrônico) pode ser visto como fonte e/ou indicador de qualidade da assistência total ao paciente/cliente sendo um documento único e legal. Grandes erros na sua elaboração como uma frequência de anotações e evoluções incompleta, ausência de datas e horários, ausência do nome de quem realizar qualquer ação, intervenção ou cuidado bem como a ausência da assinatura ou quaisquer ausências de informações relevantes representa atraso nos processos, diminuição da qualidade e uma maior predisposição a erros^(4, 5-7).

O art. 41 do Código de Ética de Enfermagem reformulado pela Resolução COFEN 311/2007 institui que é dever dos profissionais "prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência". Por isso a elaboração do prontuário deve conter obrigatoriamente todas as informações inerentes e indispensáveis do processo de cuidar. Deve-se registrar toda e qualquer intervenção ou dados relevantes para o paciente e segurança da equipe, tais como a administração de medicamentos, intercorrências, decisões e planejamentos relacionados à realidade diária do paciente⁽⁸⁾.

Acrescido a isso, se faz necessário ressaltar que uma potencial não conformidade como rasura e espaço em branco se tornam menos incidentes com uma prática regular de registros pela equipe de enfermagem. Esta prática frequente desenvolve habilidades na comunicação escrita que é essencial para a manutenção dos dados registrados⁽⁹⁾.

A frequência da elaboração do prontuário pelo enfermeiro apresentou não conformidade de 3,64%. Representa um número alto quando se analisado com outra pesquisa realizada em um clínica médica de um hospital público no interior de São Paulo⁽⁴⁾. Quando comparada com a

frequência da elaboração pelos técnicos desta pesquisa, corrobora que esse número é elevado já que não houve não conformidades nessa classe.

Nos dados referentes ao nome do paciente, como a grafia correta e completa nas folhas de evolução e anotação de enfermagem dos prontuários em questão, a incidência de não conformidade representou um percentual de 78,75% para técnicos e de 35,47% para as evoluções dos enfermeiros. Essa não conformidade é responsável por uma maior incidência de erros e eventos adversos nas medicações. Pode se comparar que a diferença entre as não conformidades nos registros dos nomes dos pacientes entre enfermeiros e técnicos de enfermagem é de aproximadamente 43%⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Em pesquisa relacionada a 21 prontuários de uma unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Universitário da cidade do Rio de Janeiro⁽¹¹⁾ notificou-se que o preenchimento do nome completo dos pacientes pela equipe de enfermagem estava presente em 92,3%. Já para pesquisa comparativa relacionada a erros de prescrição de medicamentos⁽¹⁰⁾ entre os anos de 2003 e 2007, também com o tópico do nome completo e legível do paciente nas prescrições, houve um aumento de 64,56% para 72,86% de conformidade nos respectivos anos.

Por conseguinte, ainda importante é a delimitação de tempo nos prontuários, frequentemente registrado por meio do dia e das horas tanto para procedimentos realizados ou agendados como os exames por exemplo. O registro do tempo aqui se deu da seguinte forma, nas evoluções de enfermagem no que se refere à data a não conformidade foi de apenas 1,13%. Nas anotações dos técnicos esse percentual foi de 2,20%. Para pesquisa que considerou toda a equipe de enfermagem de um Hospital Pediátrico de Ensino em Natal, o percentual de não conformidades no registro de datas foi 35%, ou seja, muito maior que observado no presente estudo⁽⁷⁾.

Não obstante, o item horário analisado nas prescrições e evoluções de enfermagem apresentou não conformidade significativamente de 92,11% e nas anotações dos técnicos de enfermagem foi inferior a 1%.

De forma preocupante, em contrapartida a

esses dados a já citada pesquisa mostrou que o percentual de anotações com a não conformidade referente ao horário foi de 26%, indicando que na UTI em estudo esse item precisa ser discutido e sua importância resgatada entre os membros da equipe de enfermagem⁽⁷⁾.

Nesse achado, a conformidade na presença da assinatura do enfermeiro foi de 100%. Entretanto, a presença do nome completo se mostrou não conforme em 2,23% dos prontuários.

Para técnicos, essa não conformidade teve aproximadamente a mesma proporção, 2,20% para assinaturas e 5,13% para presença de nome completo.

Situação menos favorável foi descrita em pesquisa relacionada a SAE e tese de mestrado realizada num hospital público de ensino em Natal onde pôde-se verificar que a assinatura estava presente em 65%, entretanto, representada pelo primeiro nome ou apenas a rubrica, sem registro do conselho regional de enfermagem nem a categoria a qual o profissional se enquadrava, e assim sendo impossível a identificação do cargo do profissional, se técnico ou enfermeiro, o⁽⁷⁾.

Vale ressaltar que as assinaturas e carimbos do executor são itens obrigatórios nos prontuários. Sendo impactante até para o processo financeiro. Regulamentado pelo Art. 5º da Resolução 191/96 do Conselho Federal de Enfermagem é obrigatório o uso do número de inscrição ou da autorização em todo documento firmado, quando do exercício profissional pela equipe de enfermagem. Dessa forma, é imprescindível que os técnicos e enfermeiros no exercício de suas profissões deixem de assinar e carimbar as suas atividades no registro do prontuário⁽¹²⁾.

Dessa forma, através de pesquisa realizada em Fortaleza, há relatos que a presença do carimbo e registro legível no prontuário apresentou uma não conformidade de 5,71% para o ano de 2007⁽¹⁰⁾. Ainda em relação à presença de registro no conselho de enfermagem, nesta pesquisa, a não conformidade foi de 7,17% para enfermeiros e 5,49% para técnicos. Embora os percentuais obtidos se aproximem remete a necessidade de seguir os preceitos éticos e legais e reduzir essas não conformidades já que é obrigatória a identificação de quaisquer atividades registrada em prescrições e prontuários.

Minimizar a quantidade de não conformidades nos prontuários e nos registros de enfermagem, tais como a ausência de carimbo potencializa a qualidade suas respectivas qualidades. Em vista disso, pode se notar um gradativo comprometimento e adesão aos serviços prestados pela equipe de enfermagem gerando assim uma qualidade cada vez mais forte⁽¹³⁾.

Entre as causas que geram essas não conformidades no setor da UTI neonatal e pediátrica, vários autores^(1, 4, 7, 13-16) **observaram que** há uma quantidade inadequada de profissionais para realizar tarefas da enfermagem, consequentemente uma sobrecarga de trabalho para essa equipe. Tal situação por gerar problemas como a falta de tempo necessário para o registro completo e imediato das ações realizadas, o desconhecimento da importância destes registros no prontuário e a ausência de uma sistematização do prontuário e da assistência prestada na equipe.

Além de ser uma medida complexa e que exige certo investimento alto, a implementação de um sistema de prontuário eletrônico tem sido uma alternativa de melhora na qualidade da comunicação, qualidade de informação, no atendimento aos pacientes e da assistência de enfermagem

conforme pesquisa realizada⁽¹⁷⁾ em um estudo de caso realizado em um complexo hospitalar filantrópico.

A aplicação da sistematização da assistência da enfermagem – SAE conforme vários estudos^(1, 7, 14-15), é responsável por uma melhora na qualidade, processo, assistência e padronização das atividades de enfermagem, uma vez que propõe simultaneamente diagnosticar, intervir e avaliar proporciona agilidade com um custo baixo custo para a instituição.

Como se observa que nem sempre a teoria estudada é aplicada, uma maior atenção deve ser dada à educação continuada dos profissionais da equipe de enfermagem a fim de desenvolver melhorias na qualidade e aprimoramento dos registros, da comunicação, adequação das normas gramaticais, exatidão e terminologia técnica^(1, 7, 13-14).

CONCLUSÃO

Com base na auditoria operacional nos prontuários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, pode-se concluir que os objetivos foram alcançados e foi possível identificar as não conformidades presentes nos prontuários do setor e ainda que é sempre recomendável a utilização de auditoria operacional e retrospectivamente a fim de diagnosticar as não conformidades presentes no setor como um todo, considerando-se que as não conformidades são presentes e podem impactar seriamente o faturamento hospitalar. Esse elevado percentual de não conformidades encontradas vem ratificar a necessidade urgente e contínua de intervenções, tais como a aplicação da SAE e principalmente (em curto prazo) uma educação continuada à equipe de enfermagem com vista à melhora da comunicação no setor e interação da mesma com o prontuário.

REFERÊNCIAS

1. BORSATO FG, ROSSANEIS MA, HADDAD MCFL, VANNUCHI MTO, VITURI DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(4): 527-533.
2. Campos J, Sônia ROSS, Alessandra DS. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2008; 10(2).
3. Claudino HG, Gouveia EML, Santos S, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa de literatura. *Rev. enferm. UERJ,* 2013.
4. COFEN/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 191/1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização.
5. COFEN/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução CFN n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
6. Dias TCL, Santos JLG, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista brasileira de enfermagem.* 2011; 64(5): 931-937.
7. FRANÇOLIN L, MARIA FPB, CARMEN SG, TAISA MM, ANDREA B. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Revista Enfermagem UERJ,* 2012; 20(1): 79-83.
8. FUMIS RRL, COSTA ELV, MARTINS PS, PIZZO V, SOUZA IA, SCETTINO GPP. A equipe da UTI está satisfeita com o prontuário eletrônico do paciente? Um estudo transversal. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2014; 26(1): 1-6.
9. Jenal S, Évora YDM. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente. *Journal of Health Informatics,* 2012; 4: 216-219.
10. KOBAYASHI RM, Leite MMJ. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. *Rev. bras. enferm.* 2010;

63(2): 243-249.

11. MORETTI CA, Kohls, Marta. Auditoria operacional e gestão de qualidade em serviços de enfermagem hospitalar. Revista Científica CENSUPEG, 2013; 2; 200-208.

12. NÉRI Eugenie DESIREE Rabelo, GADÊLHA Paulo Gean Chaves, MAIA Sãmia Graciele, PEREIRA Ana Graziela da Silva, ALMEIDA Paulo César de, Rodrigues Carlos Roberto Martins *et al* . Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011; 57(3): 306-314.

13. PATRÍCIO CM, MACHIAVELLI JL, MARIANNA M; NAVAES MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?. Scientia Medica. 2011; 21(3): 121-131.

14. Pedrosa KKA, Souza MFG, Monteiro AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. Revista

da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2011; 12(3); 568-573.

15. SANTOS MIS, SANTOS WL. Uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Uma Ferramenta para Realização da Auditoria de Qualidade. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. 2013; 1(2).

16. SETZ VG, D'INNOCENZO M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta paulista de enfermagem. 2009; 22(3): 313-317.

17. SILVA JA, GROSSI ACM, HADDAD MCL, MARCON SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. Escola Anna Nery. 2012; 16(3): 577-582.

18. TAVARES TS, CASTRO AS, FIGUEIREDO ARFF, REIS DC. Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. Revista Mineira de Enfermagem 2012; 287-2