

INOVAÇÕES NA SEGURANÇA DO PACIENTE ASSISTIDO EM CLÍNICA-MÉDICA: QUALIDADE DOS REGISTROS DA EQUIPE DE SAÚDE NOS PRONTUÁRIOS

Bruno de Freitas da Silva¹; Francisca Angélica Lopes¹; Tainá Carneiro Queiroz¹; Tabáta Diávina Lima de Sousa¹; Regina Kelly Guimarães Gomes²

¹ Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: brunofreitasmyster@hotmail.com

² Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br

RESUMO

A segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. Como as organizações de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. As avaliações da qualidade do cuidado prestado geralmente ocorrem por meio de instrumentos chamados de indicadores de qualidade, os quais subsidiarão as avaliações e resultados da qualidade da assistência de enfermagem. Outra maneira de acompanhar o que acontece com paciente e equipe é através das anotações realizadas em documentos chamados de prontuário, sendo uma ferramenta de comunicação contínua importante entre a equipe de saúde. A avaliação dos registros permite identificar os pontos fracos que necessitam de melhoria dentro do processo de trabalho, e, ao se executar este processo, toma-se como instrumento de trabalho a auditoria como revisão detalhada das anotações da equipe que visa, a partir de diagnósticos realizados, suscitar medidas de aprimoramento do cuidado. O artigo tem por objetivo avaliar a qualidade dos registros em prontuários de pacientes assistidos em um setor de internação de clínica-médica localizado em um hospital de pequeno porte localizado no Sertão Central do Ceará. Segundo os prontuários analisados, apenas 25% possuem identificação do paciente em todos os documentos do prontuário; 77% não dispõem de prescrição médica completa; Apenas 15% contém registro da evolução médica em todos os turnos; a evolução do enfermeiro em todos os turnos não está presente em 69% dos prontuários; Somente 35% dispõem de registro em todos os turnos da evolução dos técnicos de enfermagem; 92% contém registro em todos os turnos dos sinais vitais do paciente; 92% dos prontuários tem resultados de exames complementares; e 100% contém termos de consentimento. Conclui-se com o trabalho realizado que por mais que existam estudos para a implementação de normas voltadas para a segurança da saúde do paciente, este assunto ainda se torna bastante incomum nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Prontuários. Qualidade dos registros.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. Como as organizações de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é

importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (PAESE et al., 2013).

Os profissionais de saúde devem atentar-se sempre as suas competências ética, científica, técnica e jurídica para que as atividades desempenhadas sejam efetivamente seguras, com intuito de proporcionar a segurança dos pacientes e familiares, prevenindo danos causados por imperícia, negligência ou imprudência. No entanto, formular estratégias para prevenção de danos é fator primordial no processo do cuidar (SANTOS et al., 2016).

As avaliações da qualidade do cuidado prestado geralmente ocorrem por meio de instrumentos chamados de indicadores de qualidade, os quais subsidiarão as avaliações e resultados da qualidade da assistência de enfermagem. Outra maneira de acompanhar o que acontece com paciente e equipe é através das anotações realizadas em documentos chamados de prontuário, sendo uma ferramenta de comunicação contínua importante entre a equipe de saúde (SILVA et al., 2013). A avaliação dos registros permite identificar os pontos fracos que necessitam de melhoria dentro do processo de trabalho, e, ao se executar este processo, toma-se como instrumento de trabalho a auditoria como revisão detalhada das anotações da equipe que visa, a partir de diagnósticos realizados, suscitar medidas de aprimoramento do cuidado (SILVA et al., 2012).

Os registros consistem em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente, e aos cuidados recebidos pela equipe de saúde. São elementos essenciais na documentação do cuidado humano, considerando que, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação e têm como finalidades estabelecer efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria de enfermagem e colaboram com o ensino e pesquisa em enfermagem (REME, 2008).

De acordo com Silva et al. (2012) para garantir uma assistência eficaz, é necessário pensar sobre o sistema de saúde atual focando novas tecnologias e especializações, pois a prática das anotações em registros do paciente em unidades de saúde é uma atividade complexa na qual envolve a equipe multidisciplinar para um atendimento eficiente e seguro para os assistidos. A realização inadequada ou a não realização desses registros traz consequências na assistência ao paciente, danos à instituição de saúde e dificuldades para realizar avaliação dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde e toda equipe, uma vez que o processo de comunicação entre os demais profissionais que compõe uma equipe é rompido (MAZIERO et al., 2013).

A escolha pelo tema se justifica após a realização de estágio acadêmico de enfermagem nas unidades de saúde durante a graduação, no qual pôde-se observar uma grande ausência de informações importantes nos prontuários, o que prejudicava fortemente a comunicação entre a equipe multiprofissional e a qualidade dos cuidados desempenhados, suscitando um aprofundamento sobre a temática.

Além disso, os registros no prontuário do paciente são de grande relevância, pois trata-se de um documento, o qual deve ter autenticidade e fidedignidade, uma vez que os mesmos possuem grande valor para a defesa dos profissionais de saúde, valorização das ações e garantia do cuidado efetivo ao cliente, podendo este registro beneficiar tanto o paciente quanto os profissionais em casos de processos éticos/judiciais.

O artigo tem por objetivo avaliar a qualidade dos registros em prontuários de pacientes assistidos em um setor de internação de clínico-médica localizado em um hospital de pequeno porte localizado no Sertão Central do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população, sendo também organizadas com o intuito de identificar possíveis relações entre as variáveis, pretendem determinar a natureza dessas relações (GIL, 2010). Serão empregados artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, utilizando-se de várias técnicas e procedimentos de amostragem (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa foi realizada no setor de internação de clínico-médica do Hospital Municipal Eudásio Barroso, o mesmo é considerado hospital de médio porte, sendo de referência para todas as cidades do sertão central, é dividido por especialidades de emergência e clínica médica e cirúrgica, porém, segundo relatos dos profissionais, as cirurgias estão suspensas a mais ou menos quatro anos por falta de matérias e estrutura da unidade para acolher e tratar um paciente cirúrgico e pós cirúrgico.

A clínica médica é composta por 37 leitos, tendo maior entrada de pacientes idosos com pneumonia, internamento adulto, e realização de curativos a paciente com ulcera por pressão e transfusão sanguínea.

O estudo foi realizado no mês de setembro de 2016. Para coleta dos dados, foi utilizado um formulário estruturado com perguntas do tipo *check-list*, onde os pesquisadores o preencherão após as observações dos registros realizados pela equipe de saúde nos prontuários dos pacientes. A coleta de dados acontecerá uma vez por semana no posto de enfermagem do setor.

Os dados foram tabulados no programa Excel 2013, elaborado pelos pesquisadores, onde foram obtidas tabelas e/ou gráficos com frequências absolutas e percentuais, sendo analisados e discutidos, posteriormente, com base em literatura pertinente.

Os princípios éticos indispensáveis à pesquisa com seres humanos, como: respeito pela dignidade humana, direito à autonomia, justiça, não maleficência e beneficência terão prioridade neste estudo, atendendo assim às exigências da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), que traça as diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos. Para realização da pesquisa, foi elaborado um Termo de Anuência, sendo assinado pelo diretor da unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. De acordo com a pesquisa, observamos que 20 (77%) prontuários não continham a identificação de forma adequada e completa, não estando de acordo com o protocolo de identificação do paciente criado pelo Ministério da Saúde (MS), em nove de julho de 2013, que tem por finalidade garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidência. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina (BRASIL a, 2013).

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 lançada pelo Ministério da saúde, aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente, dentre eles está contido o protocolo de identificação do paciente que diz que a identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala, contudo (BRASIL a, 2013).

O protocolo de identificação do paciente é um processo pelo qual é determinado se o serviço, procedimento ou tratamento, está sendo direcionado ao paciente certo, buscando reduzir riscos ao cliente (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2013). Sendo assim, o protocolo de identificação do paciente tem como objetivo principal reduzir a ocorrência de incidentes e se assegurar que o cuidado está sendo prestado de forma segura (BRASIL, 2013). As respostas expostas por os órgãos governamentais apontam que a identificação do paciente, sendo realizada da forma correta, evita erros relacionados ao cuidado do paciente que é prestado pelos profissionais de saúde (TASE et al., 2013).

No registro completo da prescrição médica no prontuário de pacientes internados, observamos na pesquisa que mais da metade dos prontuários analisados não possuíam os dados completos da prescrição dos medicamentos diários do paciente, o que poderá trazer sérios riscos aos pacientes. Percebe-se que os erros encontrados envolveram a equipe de saúde nas mais variadas situações. Alguns dos erros mais frequentes mostraram ausência de informações na prescrição, como dose e via de administração, o que revela um potencial risco para o paciente, sendo encontradas 20 (77%) prescrições médicas com ausência dessas informações.

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do MS é uma prática que visa assegurar ao paciente e aos profissionais de saúde corretos procedimentos de uso, prescrição e administração de medicamentos, minimizando riscos. Deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados de saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL c, 2013).

A preocupação com os erros de medicação é cada vez maior, devido ao elevado número de ocorrências e as altas taxas de morbi-mortalidade em pacientes hospitalizados, além do impacto econômico importante nas instituições de saúde. As não conformidades em prescrição constituem um índice expressivo entre os erros de medicação e, muitas vezes, estas ocorrências não são detectadas, resultando em deficiência na terapêutica. Analisando que os riscos apresentam seriedades de um evento na saúde do paciente, a aplicação de processos de análises de riscos pode promover conhecimento das questões existentes, identificar riscos nos métodos de cuidado, determinar medidas fundamentais e oferecer maneiras de prevenção e correção (SILVA et al., 2013).

Os itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos: a identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala. Todos os itens da identificação do paciente nas prescrições devem ser legíveis. A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Com relação aos registros da evolução médica em todos os turnos, observamos na tabela 3, que 22 (85%) prontuários analisados não possuíam essa rotina. É primordial que o médico anote com detalhes todos os procedimentos realizados, justifique as condutas adotadas e faça um relato do estado geral do paciente, visto que um prontuário bem elaborado é um instrumento valioso no diagnóstico e tratamento de doenças (BRASIL, 2002).

O estudo mostra os resultados do registro, em todos os turnos, da evolução do enfermeiro no prontuário de pacientes, evidenciando ainda um percentual importante da ausência dessas informações, ou seja, 18 (69%). O enfermeiro, quando envolvido no processo de formação de sua equipe, deve rever sua atuação como educador uma vez que, para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de forma eficaz, faz-se necessário o seu exemplo como membro da equipe de enfermagem (RAMOS et al., 2009).

No decorrer dessa coleta, foi observado que 17 (65%) técnicos de enfermagem, também têm uma grande deficiência em fazer a evolução no período da tarde, vale ressaltar que, em alguns casos, em muitos prontuários também não há a evolução da noite, podendo levar a uma série de problemas, como a continuidade da assistência prestada ao paciente, o que poderá influenciar no prognóstico do paciente (RAMOS et al., 2009).

O registro em todos os turnos dos sinais vitais no prontuário de pacientes mostra uma atuação importante da equipe de enfermagem, ou seja, 24 (92%) prontuários possuíam essa informação, como pressão arterial, temperatura e frequência respiratória. A anotação dos sinais vitais deve ser realizada no impresso adequado, pois são parâmetros que demonstram o estado geral do paciente. Em caso de ausência, se desconhece se houve, por exemplo, uma alteração na pressão arterial ou temperatura do paciente (RAMOS et al., 2009).

De acordo com a pesquisa, 24 (92%) exames, do tipo exames de laboratório de uma forma geral se encontram nos prontuários dos pacientes, exames esses que os clientes já trazem ou que já foram solicitados no decorrer de sua internação.

Segundo o código Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Cremesp 1326/92, os laudos de exames laboratoriais, os anátomo-patológicos e os radiológicos devem ser anexados ou transcritos ao prontuário do paciente. Uma vez cumprida essa formalidade, não existe obstáculo para que sejam fornecidos ao paciente os filmes radiológicos, as folhas de eletrocardiograma, os demais exames, etc., sendo que essa feita mediante recibo. Após a alta do paciente, esse registro é uma fonte de dados e registros que possibilita auditorias e relatórios para demonstrar a qualidade e a quantidade do trabalho prestado, além de permitir a avaliação do progresso da ciência médica, através de análises de dados e estatísticas, de condutas e de resultados (SOARES, 2012).

A pesquisa mostra a frequência de anexação dos termos de consentimentos para realização de procedimentos (CIRURGIAS, EXAMES) no prontuário de pacientes internados, evidenciando que todos (26; 100%) os termos estão presentes e anexados ao prontuário do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que por mais que exista estudos para a implementação de normas voltadas para a segurança do paciente, este assunto ainda se torna bastante inexistente na prática da rotina diária dos serviços de saúde. Trabalhar com a vida humana não é fácil, pois requer muita disciplina, embasamento científico e sensibilidade. Percebe-se tamanha falta de responsabilidade por partes dos profissionais em não se atentar e deixar a desejar com relação ao preenchimento completo desses prontuários, o que poderá trazer prejuízo ao próprio paciente, que por muitas vezes são erros irreparáveis e irreversíveis, podendo colocar em risco a vida dos mesmos, pela ausência de conhecimentos e implementação dessa importante temática.

REFERÊNCIAS

BARRAL, L. N. M. et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, Minas Gerais, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.634, de 10 de Julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União; 9 de agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 529, de 1 o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União 2013; 2 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA/FIO CRUZ. Anexo 02: **Protocolo de identificação do paciente**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA/FIO CRUZ. Anexo 03: **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**, 2013.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PAESE, F. et al. **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde**. Florianópolis, p. 303-10, 2013.

SANTOS, A. et al. **Avaliação dos registros de enfermagem em prontuários: uma revisão integrativa**. Aracaju, 2016.

MAZIERO, V. G. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Min Enferm**. 2013.

SILVA, J. A. et al.; **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva**. 2012.

SILVA, R. P. et al.; **Análise das publicações sobre administração de medicamentos na assistência de enfermagem: revisão integrativa**, 2013.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIAN, S. H. B. Análise prospectiva de risco do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan.-fev. 2013.

TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaú- cha Enferm**. v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.