

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

YÊDA LÚCIA FERREIRA ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
IDENTIFICADA EM PRONTUÁRIOS**

São Luís
2017

YÊDA LÚCIA FERREIRA ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
IDENTIFICADA EM PRONTUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientador (a): Prof.(a): Jacqueline Martins Cantanhede

São Luís

2017

Araújo, Yêda Lúcia Ferreira

Avaliação da linguagem escrita da equipe de enfermagem identificada em prontuários / Yêda Lúcia Ferreira Araújo -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

13 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Profa. Jacqueline Martins Cantanhede

1. Linguagem escrita. 2. Prontuário. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083

YÊDA LÚCIA FERREIRA ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
IDENTIFICADA EM PRONTUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Auditoria,
planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade
Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms Jacqueline Martins Cantanhede
Graduada em Enfermagem
Especialista em Políticas de Saúde da Família
Especialista em Gestão de Saúde Comunitária
Mestre em Saúde do Adulto e da Criança

Examinador 1

Examinador 2

AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM IDENTIFICADA EM PRONTUÁRIOS

YÊDA LÚCIA FERREIRA ARAÚJO¹

RESUMO

Discute a respeito da linguagem escrita de enfermagem identificada em prontuários médicos com o objetivo de avaliar erros, siglas e também condições legais relacionadas a parte jurídica. Pesquisa de cunho bibliográfico, tendo por método o qualitativo, na qual foram utilizadas produções de diversos autores a respeito da temática abordada. Apresenta o conceito de anotações de enfermagem e descreve a evolução. Analisa os erros mais frequentes e os termos mais utilizados em prontuários pela equipe de enfermagem. Resultados apontam para a importância da linguagem escrita adequada em prontuários pelo fato de servir como fonte de pesquisa e trazer segurança ao profissional.

Palavras-chave: Linguagem escrita. Prontuário. Enfermagem.

¹ Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde pela Faculdade Laboro, 2017.

EVALUATION OF THE WRITTEN LANGUAGE OF THE NURSING TEAM IDENTIFIED IN PRONOUNS

ABSTRACT

Discusses the written nursing language identified in medical records with the objective of evaluating errors, acronyms and also legal conditions related to the legal part. Bibliographic research, using the qualitative method, in which productions of several authors were used regarding the subject matter. It presents the concept of nursing notes and describes the evolution. It analyzes the most frequent mistakes and the most used terms in prontuários by the nursing team. Results point to the importance of adequate written language in medical records because it serves as a research source and brings safety to the professional.

Keywords: Written language. Record. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem é uma área que depende de informações adequadas e precisas para executar as atividades de forma correta nos pacientes que dão entrada em unidades de saúde. Dessa forma, as escritas da equipe de enfermagem são elementos indispensáveis ao processo que envolve os cuidados ao paciente e, quando elaborados de modo que manifestem a realidade a ser documentada, propiciam a comunicação entre a equipe de saúde. Além disso, esses registros quando corretos, contribuem para outros processos que envolvem a pesquisa, auditoria e planejamentos para melhorar a qualidade de atendimento, por exemplo.

Um dos documentos mais utilizados aos registros de enfermagem são os prontuários. O termo prontuário provém do latim *prontuarium*, que significa lugar em que se guardam informações ou coisas, despensa, armário (HOUAISS, 2001). Para o COREN-SP (2009) prontuário “é todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.”.

O termo prontuário médico do paciente, que também recebe denominação de prontuário nosológico do paciente é uma expressão completa e expressiva de todas comunicações científicas formais (PINHEIRO; LOBO, 1999). Contudo é ambígua, pois é de uso multidisciplinar e atinente a assistência de saúde ao cliente (PAIM, 1988).

Tal documento tem a finalidade de registro de serviço de saúde prestado ao cliente determinante à qualidade da assistência, serve ainda como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, e principalmente a comunicação entre os profissionais de saúde, por isso a necessidade e importância dos registros neste documento (CIANCIARULLO, 1997).

Ainda Cianciarullo (1997), relata que no Brasil, não há leis específicas que determinem quais documentos/impressos mínimos devem integrar os prontuários, contudo a Resolução do CRM nº 1.638/02, estabelece alguns impressos obrigatórios que devem constar no prontuário: identificação do paciente (nome, sexo, data do nascimento, filiação, endereço, entre outros) folha de anamnese, exames físico e complementar, folha de diagnósticos, folha de tratamento, plano terapêutico e folha de anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente.

A documentação possibilita o acompanhamento das condições de saúde do paciente, contribuindo para a análise dos cuidados prestados e discorrendo também sobre as ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Portanto, deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão (OCHOA- VIGO, 2001).

Cianciarulho (1997) ressalta que existem numerosas incorreções gramaticais e ortográficas, e estas são motivos de críticas e incompreensões devido à ambiguidade, obscuridade, prolixidade, omissões e informações equívocas contidas nos registros dos prontuários.

Santos et al (2003) relata que as anotações de enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da enfermagem, e mediante o fato cerca de 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela enfermagem, é indiscutível a necessidade de registros adequados e

Cavacanti e Coelho (2007) refere que é comum haver lacunas nos registros e evoluções sobre o estado e saúde do cliente, ausência de hipóteses de diagnose, erros gramaticais, desordem na sequência dos e registros de sinais vitais. Daí, os autores sugerem orientação e incentivo para o processo de educação permanente e fiscalização eficaz, eliminando os vícios dos profissionais de saúde.

Sendo assim, tal problemática nos levou a escolher esse tema por se tratar de um procedimento regulamentado por lei (COREN-SP, 2009), por ser de fundamental importância na assistência prestada ao paciente; e pela escarces de material teórico no Estado.

É comum também, haver lacunas nas anotações da evolução da doença, como por exemplo: datas e falta de assinaturas. Outro fator inerente aos registros de enfermagem é que os mesmos são insuficientes, incompletos, incompreensíveis, por falta de conscientização do profissional, de orientação, de incentivo, de educação continuada e de fiscalização eficaz.

Diante do exposto a pesquisa se justificou em conhecer os registros da assistência de enfermagem ao paciente o que determina a qualidade. E assim, por existirem poucas publicações a respeito da temática temos o intuito de fornecer subsídios para futuras discursões e reflexões acerca dos registros de enfermagem na promoção da qualidade e da efetividade do cuidado.

Diante das justificativas, percebeu-se que as falhas nos registros de enfermagem resultam em prejuízos aos pacientes que podem ser irreversíveis. Pois

dependendo da interpretação dos outros profissionais envolvidos na saúde, o prejuízo pode ser fatal.

Outro é o fato legal que implica as anotações, uma vez não registrado de forma coesa e compreensível pode ter um resultado negativo.

Assim, o que se faz necessário para melhorar tal contexto é um trabalho eficaz na educação contínua, dos profissionais de enfermagem, visando sempre à qualidade no serviço.

Desse modo, o objetivo geral do estudo foi analisar a linguagem escrita da equipe de enfermagem através de prontuários. Como objetivos específicos o estudo expôs: Discorrer sobre a objetividade, clareza precisão, legibilidade e evoluções das anotações; Identificar os erros e siglas mais frequentes encontrados nos registros; Verificar a importância da linguagem escrita de prontuários nos cuidados de enfermagem.

O estudo foi de caráter qualitativo e literário. O desejo de conhecer o objeto de estudo em questão é o foco essencial do estudo. Esse tipo de estudo pretende descrever, com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade. Assim, exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar (TRIVINOS ANS, 1987)

O levantamento realizado teve como foco o período de 1987 a 2012. Reuniu dissertações/teses de programas de pós-graduação credenciados e artigos publicados em periódicos com seletiva política editorial. O recorte inferior, 1987, foi escolhido devido surgir uma preocupação científica quanto aos registros de enfermagem onde a partir desse ano que as teses e dissertações estão disponibilizadas na fonte utilizada.

Foram consultadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google acadêmico e outros.

Para a padronização e organização da busca foram utilizadas as seguintes palavras-chave: comunicação; registro de enfermagem; sistematização da assistência de enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Evolução

As anotações de enfermagem são registros essenciais para a comunicação da equipe de saúde, e contribuem bastante quando a linguagem escrita segue um padrão de qualidade, ou seja, quando as anotações estão identificadas na ordem em que os fatos ocorreram e, claro, de forma legível. Gonçalves (2001, p. 110) corrobora com a essa afirmativa quando comenta que “a finalidade da anotação é, essencialmente, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e, assim, garantir a continuidade das informações e, da assistência prestada.”.

No ano de 1856 Florence Nightingale escreveu um livro onde relata alguns fatos sobre a Enfermagem, que em suas palavras “era essencial que os fatos observados pela enfermeira fossem relatados ao médico de forma precisa e correta”, Dessa afirmação, se pode compreender que naquela época os registros de enfermagem eram utilizados para prestar conta com os médicos das atividades que realmente foram realizadas. (NIGHTINGALE, 1989).

Com o decorrer dos anos as anotações de enfermagem foram automatizadas e passaram a ser muito mais que só registros, passaram a fazer parte do planejamento de enfermagem a fim de dar qualidade às atividades prestadas e melhorar o atendimento ao paciente, além de contribuir com a comunicação dentro da unidade de saúde. Mas, alguns autores queixam-se da qualidade desses registros, pois, são respostas da assistência de enfermagem, e pode haver questionamentos se a ação de enfermagem não esteja registrado corretamente.

O prontuário do paciente é o instrumento mais utilizado para o registro de enfermagem e envolve questões administrativas, laboratoriais, radiológicas, histórico de doença do paciente e de seus familiares, além de prescrições e evoluções médicas, onde esses dados designados a toda equipe de atendimento a saúde a fim de viabilizar o atendimento. No entanto, todo esse processo composto por histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, plano assistencial, evolução e prognóstico, são realizados exclusivamente e exclusivo por enfermeiros a partir da Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Entretanto na década de 80, as atividades com prontuário tiveram inúmeras dificuldades após a verificação de que os profissionais de enfermagem estavam

limitados a registrar apenas as recomendações médicas, deixando as anotações de enfermagem de lado, inexistentes.

Desse modo, a baixa taxa de anotações de enfermagem encontradas em alguns estudos, trouxe uma visão de que as atividades de enfermagem não eram registradas por enfermeiros, mas pelo pessoal técnico, e isso permitiu identificar que os profissionais estavam mais ligados a parte administrativa e que não davam tanto valor às anotações de prontuários.

Importante mencionar que o prontuário do paciente é documento essencial e com o passar dos anos, tornar-se registro histórico e fonte de pesquisa para profissionais e estudiosos da área da saúde.

Contudo, tratar o prontuário como documento de estudo ainda não é algo concreto, pois a burocracia ainda impede que algumas informações sejam utilizadas. Desse modo, é necessário comentar sobre os aspectos legais sobre as anotações de enfermagem.

2.1.1 Aspectos legais das anotações de enfermagem

As anotações de enfermagem servem de auxílio legal ao exercício da profissão, onde Luz e Martins (2012, p. 10) comentam que “A anotação de enfermagem é um documento utilizado como respaldo legal para o profissional da área da enfermagem, [...] além do respaldo técnico ou profissional, também pode ser utilizado como material de estudo.”.

Os registros realizados por enfermeiros adéquam-se como respaldo legal para tudo que é anotado, desse modo, tudo o que é registrado por escrito serve de proteção ao profissional, pois pode servir em caso de processos, no entanto para que seja válido é necessário que tudo seja registrado de forma correta. Além disso, o profissional deve ter consciência da importância de tal evidencia.

Para corroborar com a informação anterior Assunção e Dalri (2013) comentam que, “[...] as anotações de enfermagem são utilizadas como fonte de informações vitais para questões jurídicas, de pesquisa, educação, como também para fins de faturamento, auditoria, obtenção de dados estatísticos e outras atividades associadas.”. Ou seja, para o enfermeiro o registro é muito mais que só escrituras, ela pode contribuir em casos que o coloquem em situações adversas. Desta forma, é imprescindível que o profissional faça seus registros corretamente, com base na ética

e de acordo com as atividades estão sendo realizadas, inclusive os exames, prognósticos e evoluções. Pois, mesmo essa prática essencial, ainda a esquecimento pela parte da equipe de enfermagem.

Segundo Albuquerque, Garcia e Nobrega (2013):

No que tange aos aspectos científicos da anotação, vale ressaltar que, sendo a enfermagem uma profissão considerada como ciência, tem a necessidade de desenvolvimento de seu corpo de conhecimentos através de modelos conceituais e teóricos, o que inclui a padronização dos registros.

Desse modo, isto pode ser visualizado durante todo o estudo quando ressalta a essencialidade tanto na parte legal, quando para parte história do prontuário bem escrito.

Nesta concepção, pode-se dizer que as anotações de enfermagem merecem investimento em pesquisas sobre a temática, objetivando-se uma melhor condução para sua realização dos registros de forma que traga anotações contínuas e adequadas.

2.1.2 Erros e termos frequentes nos registros

Nas anotações de prontuários podem-se encontrar inúmeros erros ocasionados ora pela falta de atenção, ora pela pressa no atendimento. Um dos principais equívocos é dados incompletos do paciente, ou seja, a anamnese e exame físico mal conduzidos e insuficientemente anotados que dificultam avaliações nas consultas posteriores, prejudicam as avaliações legais futuras, relacionadas até mesmo a seguro por acidente de trabalho.

Segunda Barcelar, Almeida e Andrade (2002, p. 2):

É comum constar apenas anotações específicas pertinentes à especialidade do relator. Amíúde, isso acarreta a não-detecção de afecções concomitantes, como síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), hepatite, tuberculose e outras, que podem agravar, entre outros eventos, o risco cirúrgico-anestésico em relação ao paciente e o risco de contaminação dos profissionais assistentes.

Desse modo, é importante que o atendimento ambulatorial de um único profissional relacionado a vários pacientes tenha permanentes críticas quando se tratar de dados incompletos no prontuário, pois esse é um fator predominante nesses casos. Outra adversidade relacionada a anotações em prontuários está relacionada aos erros gramaticais, vista que há inúmeras incoerências escritas em prontuários, em relação à gramática e a redação. Segundo Guimarães (2007) “São comuns falhas

de grafia como “umbelical” (umbilical), “esterelizar” (esterilizar), e solecismos como “foi feito (feita) radiografia”, “realizado (realizada) ecografia”, “diagnóstico à (a) esclarecer”, “havam (havia) sintomas”.” Esses casos costumam acontecer por conta do hábito e muitas vezes passam despercebidos, mas deve ser considerado um erro alarmante para os padrões linguísticos das anotações.

Outros termos comuns de encontrar em prontuários são abreviaturas e frases que às vezes tornam-se ilegíveis pela auditoria, administração, e até mesmo para processos judiciais, como por exemplo: “BEG, MEG, AR: MVF s/ RA, ACR: RIR, 2T, SNF, FC 96 bpm – AR MV+ s/ RA, e frases do tipo “Cça em tto de PN + DP 13 dias”.” (BARCELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2012).

Além disso, o uso inadequado de siglas, ou até mesmo reduções de palavras podem resultar falsa compreensão daqueles que consultem os prontuários. Contudo, quando se refere também ao forte regionalismo empregado nos prontuários e que deve ser discutido intensificamente, visto que tais hábitos podem acarretar problemas aos profissionais. Segundo ainda os autores Barcelar, Almeida e Andrade (2012)

É criticável escrever pcte, qdo, tto, dn, tb, cça, c/, p/. Tais reduções são desconformes às normas gramaticais de abreviatura. É também reprovável escrever desnecessariamente sinais como substitutos de palavras. Exs.: Foi observado ↓ (decrécimo) do volume urinário ou A leucocitose ↑ (aumentou) no último exame. Refere dor abdominal há ± (cerca de) 2 dias. Criança com Blumberg+ (com sinal de Blumberg), paciente com # (fratura) no úmero esquerdo. Exceto casos muito conhecidos, como IV, AAS, DNA, critica-se amplamente o uso de abreviações e siglas no prontuário.

Percebe-se que os autores conseguiram relacionar algumas palavras com os sinais que constantemente aparecem nos prontuários, ou seja, às vezes o que falta realmente é quebrar a cultura existente nas unidades de saúde e dar mais instrução relacionada a prontuários, a fim de evitar termos inadequados e erros constantes. Por isso, faz necessário ressaltar a importância da linguagem escrita de prontuários relacionados à enfermagem.

2.2 IMPORTANCIA DA LINGUAGEM ESCRITA DE PRONTUÁRIOS RELACIONADA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A importância da anotação dos cuidados de enfermagem se dá a partir da visão relacionada à praticidade e também as novas perspectivas da profissão. Visando a qualidade de atendimento ao paciente (evitando erros) e contribuindo com a segurança do profissional.

A essencialidade dos registros pode ser vista nas palavras de Duarte (2010) quando menciona que “Assumida a posição de que, toda assistência prevê planejamento e que a estrutura básica do plano de cuidado é a prescrição, concluímos que, prescrever, executar e anotar é a própria natureza das ações de enfermagem.” Logo, justifica a relevância sobre o assunto.

Outro fator que traz significância a linguagem escrita de prontuário é que este documento vale como provas judiciais referentes a processos, onde o acusador deverá comprovar imprudência, negligência ou imperícia por parte do profissional, e através do prontuário o profissional poderá se defender, pois as anotações estarão legíveis e coerentes com as ações realizadas. Logo, tanto para a saúde do paciente quanto para defesa do profissional a correta linguagem escrita de prontuário é importante e se faz fundamental.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos fatos mencionados no estudo, entende-se que avaliar a linguagem escrita de prontuários identificados na enfermagem é essencial, visto a importância que tem para a vida do profissional e principalmente para estudos futuros como mencionado em todo o estudo. Além disso, os erros gramaticais e as abreviações imprecisas podem causar danos no prognóstico ou evoluções do paciente, por isso a insistência em dar mais atenções a essas atividades. Relacionando ao curso de auditoria, foi possível perceber que o prontuário é um dos instrumentos mais relevantes na unidade de saúde para auxiliar o auditor, principalmente o interno. Assim, é imprescindível para melhorar tal situação, um trabalho eficaz na educação contínua, dos profissionais de enfermagem, visando sempre à qualidade no serviço.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE CC, GARCIA TR, NÓBREGA MML. Termos de linguagem de

enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. **Rev Eletrônica Enferm.** 2013;8(3):336-48.

ASSUNÇÃO RC, DALRI MCB. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. **Cienc Cuid Saude.** 2013; 9(4):676-81.

BACELAR, Simônides; ALMEIDA, wanderley macedo de; ANDRADE, Glória Maria . **Falhas comuns em prontuários.** 2012; 39(1/4):42-51.

CAVALCANTI, Ana Carla Dantas. COELHO, Maria José. A Linguagem como Ferramenta do Cuidado do Enfermeiro em Cirurgia Cardíaca. Esc. Anna Nery R Enf. 2007 junho; 11 (2): 220 - 6.

CIANCIARULLO, T. I. Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997.

CRM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, N. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-5. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3101&versao=integra>. Acesso em: 22 de março de 2017.

COFEN. Res.272/2004. Disponível: <<http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Resolu>>. Acesso em: 03 maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem-SP. Sistematização. 2000. 26:12-13.

DUARTE, Alaide Bittencourt. **Importância das anotações dos cuidados de enfermagem.** 2010.

GONÇALVES VLM. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo, TI, Gualda, DM, Meleiro, MM, Anakubi, MH. **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo (SP): Cone, 2001. p. 221-7.

GUIMARÃES, A. **A nursing process model for a hospital** - systematic literature review. Online Braz J Nurs. 2007; 6(2)

HOUAISS A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1.^a ed., Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LUZ A, MARTINS AP, DYNIEWICZ AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev Eletrônica**. 2012. 9(2):344-61.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre a enfermagem**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.

PAIM, L. **Plano assistencial e prescrições de enfermagem**. São Paulo: Rev. Bras. Enf. 1988; 29(1):14-22.

PINHEIRO, Rogério; LOBO, Allan Jacqueson Barbosa. **A Importância do Prontuário do Paciente**. Faculdade Capixaba de Nova Vernécia. Diário Oficial, nº 1.299, 1999.

OCHOA-VIGO, Kattia. PACE, Ana Emilia. ROSSI, Lúdia Aparecida. HAYASHIDA, Miyeko. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem Embasadas no Processo de Enfermagem. **Ver. Esc. Enferm. USP** 2001; 35(4): 390-8.